

[2018-2022]

Schéma Départemental de l'aide à domicile



INTRODUCTION :	3
<i>Une évolution du contexte réglementaire et législatif</i>	3
<i>La méthodologie d'élaboration du schéma</i>	4
CHAPITRE 1 : DIAGNOSTIC PARTAGE ET ETAT DES LIEUX	6
1. LA COUVERTURE TERRITORIALE.....	6
1.1 <i>Rappel du contexte socio-démographique du territoire</i>	6
1.2 <i>La répartition territoriale de l'offre de service</i>	10
1.3 <i>L'évolution de l'activité des SAAD</i>	14
1.4 <i>Synthèse : Une couverture territoriale à structurer</i>	19
2. LA QUALITE DES PRESTATIONS ET LA REPONSE AUX BESOINS	20
2.1 <i>Les outils au service de la qualité de prise en charge</i>	20
2.2 <i>La qualification et la professionnalisation des intervenants</i>	21
2.3 <i>Synthèse : Une qualité des prestations à soutenir et à développer pour répondre aux nouveaux besoins</i>	22
3. LA COORDINATION ET LE RESEAU PARTENARIAL	23
3.1 <i>Des partenariats à dynamiser pour accroître la qualité de prise en charge des usagers</i>	23
3.2 <i>Encourager et soutenir la coordination autour des situations</i>	23
3.3 <i>Synthèse : Une coordination stratégique et un travail en partenariat à développer</i>	24
4. LA VIABILITE ECONOMIQUE DU SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE.....	25
4.1 <i>Une situation financière fragile des services</i>	25
4.2 <i>Des ratios de gestion élevés en Aveyron</i>	26
4.3 <i>Synthèse : Un modèle économique à repenser</i>	28
CHAPITRE 2 : ORIENTATIONS ET PLAN D'ACTION	30
<i>Un plan d'action en lien avec les autres chantiers du Département</i>	30
<i>Les axes du schéma de l'aide à domicile</i>	30
AXE 1 : ADAPTER L'OFFRE AUX NOUVEAUX ENJEUX ET AUX NOUVEAUX BESOINS	31
<i>Thématique 1 : Soutenir la diversification des activités pour répondre aux nouveaux besoins</i>	31
<i>Thématique 2 : Positionner les SAAD comme un des acteurs majeurs de la prévention de la perte d'autonomie</i>	34
<i>Thématique 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre</i>	37
AXE 2 : MAINTENIR LA COUVERTURE TERRITORIALE ET REDUIRE LES ZONES DE TENSION	39
<i>Thématique 1 : Développer une culture de travail en partenariat entre SAAD, limiter les zones de tension et améliorer la continuité de service</i>	39
<i>Thématique 2 : Assurer la pérennité du secteur</i>	41
AXE 3 : AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE A DOMICILE.....	43
<i>Thématique 1 : Développer les échanges entre les prescripteurs (Département et MDPH) et les SAAD opérateurs</i>	43
<i>Thématique 2 : Soutenir la professionnalisation</i>	47
AXE 4 : RENFORCER LA COORDINATION ET LES PARTENARIATS AUTOUR DE L'AIDE A DOMICILE	50
<i>Thématique 1 : Animer le réseau et dynamiser la communication entre les acteurs de terrain, le Département et les SAAD</i> ...	50
AXE 5 : INTERROGER LE MODELE ECONOMIQUE.....	54
AXE 6 : PILOTER LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA.....	56
<i>Thématique 1 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma</i>	56

Introduction :

Une évolution du contexte réglementaire et législatif

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a instauré une évolution importante sur le secteur de l'aide à domicile, et notamment des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui assurent la réalisation de l'aide humaine financée, entre autres, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) et plus particulièrement l'aide-ménagère.

La généralisation du régime de l'autorisation

La distinction entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'autorisation par le Département et de l'agrément auprès de la DIRECCTE est supprimée. Les articles 47 et 48 **généralisent le système de l'autorisation** pour ces services médico-sociaux :

- Intervenant auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Article L.313-1-2 du CASF),
- Accueillant ou intervenant au domicile des personnes âgées (Article L. 312-1 I-6° du CASF),
- Accueillant des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques (Article L.312-1 I-7° du CASF),
- Assurant des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles (Article L.312-1 I-16° du CASF).

L'ensemble des SAAD « ex-agrésés » sont désormais réputés autorisés à compter de la date de leur dernier agrément (création ou renouvellement). La tutelle est confiée au Département, ce qui constitue l'opportunité d'assurer une cohérence territoriale de l'offre de service d'aide humaine pour les personnes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées). **Certains services peuvent être habilités à l'aide sociale** (les services autorisés avant la parution de la loi AVS), **ce qui implique une tarification de l'autorité de tutelle (Département et conjointement avec l'ARS dans le cas des SPASAD).**

Les exigences qualité pour tous les SAAD : le cahier des charges national

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile doivent respecter le **cahier des charges** défini par le **décret 2016-502 du 22 avril 2016**. Dans une volonté de favoriser le maintien à domicile et d'assurer la qualité des services proposés aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux personnes fragiles, la loi d'adaptation de la société au vieillissement relève le niveau d'exigence en termes :

- de formation des dirigeants et des intervenants,
- de qualité de l'accueil, de l'orientation et de la coordination avec d'autres partenaires,
- et de qualité de l'évaluation, de l'accompagnement proposé par ces services

Elle introduit la notion de personne de confiance et conforte la place de l'aidant dans l'accompagnement.

L'expérimentation des SPASAD pour améliorer la coordination entre le soin et l'accompagnement à domicile

La loi développe également la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile. L'arrêté du 31 décembre 2015 fixe le cahier des charges de ces expérimentations. Les services éligibles (SPASAD¹, SSIAD² et SAAD membres d'un GCSMS³ ou exerçant leur mission en commun dans le cadre d'une convention) ont un rôle, au-delà des prestations de soins et d'aide à domicile, de coordination des deux types d'intervention et d'organisation d'actions de prévention.

¹ Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

² Services de soins infirmiers à domicile

³ Groupement de coopération sociale ou médico-sociale

Des nombreux défis pour les SAAD dans un contexte financier contraint

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont ainsi positionnés comme des acteurs majeurs du maintien à domicile. Ce mode de prise en charge est le moins coûteux tant pour la collectivité que pour les usagers. Pour autant, le secteur du maintien à domicile est confronté à de nombreux défis ayant des impacts financiers :

- **Le prix et la qualité des interventions réalisées** : en effet, les services à domicile rencontrent de plus en plus de difficultés à garantir un service de qualité (voire à améliorer celui-ci) dans des conditions financières contraintes. La professionnalisation des intervenants, appuyée notamment par la loi 2002-2, renforcée par le cahier des charges national et attendue des usagers, **entraîne une pression sur les coûts de ces structures.**
- **Le renforcement de l'encadrement intermédiaire** (du fait du nombre de professionnels à encadrer et du nombre d'heures à réaliser qui augmentent) **fait également évoluer les coûts de structure.**
- **L'accès à des formations pour les professionnels** des services à la personne de petite taille peut être complexe à la fois du fait de l'impact sur l'organisation de la structure (nécessité d'organiser des remplacements sur les temps de formation) et **du coût des formations.**

En parallèle les Départements peuvent contractualiser avec les services d'aide à domicile afin de s'engager réciproquement dans une démarche pluriannuelle dans le cadre des **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**.

Les enjeux de la stratégie territoriale de l'aide à domicile :

L'enjeu pour les Départements est donc de définir **un modèle organisationnel et économique garantissant un juste équilibre entre le coût et la qualité**. Le Département de l'Aveyron a choisi d'élaborer un schéma de l'aide à domicile.

La méthodologie d'élaboration du schéma

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2017 a confié à la CNSA la gestion d'un fonds d'appui de 50 millions d'euros pour améliorer les pratiques de l'aide à domicile sur les territoires.

Ce fonds constitue une opportunité pour accompagner ce secteur qui connaît une crise structurelle, et dont la situation financière est fragile malgré les efforts du Département ces dernières années, efforts poursuivis en 2017 :

- Taux directeur maximum 2017 à hauteur de 1%,
- Pour les structures dont le tarif est inférieur au tarif CNAV (20,50€), des dérogations exceptionnelles au taux directeur pourraient être acceptées,
- Bénéfice du Crédit d'Impôts Taxe sur les Salaires (CITS) laissé à la disposition des associations,
- Audits organisationnels et financiers pris en charge par le Département,
- Aide exceptionnelle pour l'expérimentation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

En effet, face aux enjeux du maintien à domicile, dans le contexte budgétaire contraint, il semble nécessaire de définir une stratégie pluriannuelle de restructuration du secteur, en vue de sa pérennisation.

Il s'agit de donner de nouvelles perspectives aux SAAD.

Aussi le Département a conclu une convention le 31 juillet 2017 avec la CNSA qui formalise les engagements respectifs du Département et de la CNSA sur les trois volets du fonds dont le volet 1 prévoit la définition d'une stratégie départementale à travers la réalisation d'un schéma de l'aide à domicile.

L'attribution des crédits d'appui au Conseil départemental doit permettre :

- de soutenir les services d'aide à domicile avec un enjeu de continuité de service et de couverture territoriale au cœur des priorités du Département ;
- de soutenir et valoriser les bonnes pratiques et initiatives des Départements et services se traduisant par une contractualisation dans le cadre de CPOM et ce d'ici le 31 septembre 2018 ;
- d'étayer, de renforcer et d'appuyer la définition ou la mise en œuvre d'une stratégie départementale en matière de restructuration de l'offre et de développement des bonnes pratiques et ainsi d'accompagner un mouvement positif pour le secteur qui soit pérenne et structurel ;
- de renforcer également par une démarche volontariste des départements les partenariats importants localement.

Par ailleurs, le Schéma Départemental Autonomie (2016-2021), adopté par l'Assemblée Départementale le 27 juin 2016, donne la priorité au maintien à domicile. Le Département de l'Aveyron a choisi de renouveler les axes stratégiques de ses politiques en direction des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Ce nouveau schéma de l'aide à domicile vise à définir une stratégie pour ce secteur de l'aide à domicile : la structuration de l'offre au regard des besoins et le partage des bonnes pratiques.

Dans ce cadre, le Département de l'Aveyron a souhaité être accompagné par un groupement de trois cabinets de conseil, Finance Consult, Cekoïa Conseil et Amnyos Groupe.

La conception de ce schéma s'est déroulée dans le cadre d'une large concertation.

Un **comité de suivi**, sous l'égide de la Vice-Présidente du Conseil Départemental, s'est réuni régulièrement tout au long de l'élaboration du schéma. Il est constitué de 6 SAAD représentant la diversité des services d'aide et d'accompagnement à domicile (tarifés et non tarifés) du département, ainsi que des services du Département.

La 1^{ère} phase a consisté à dresser un **diagnostic territorial** de l'offre de services et à la confronter aux besoins médico-sociaux et aux perspectives d'évolution socio-démographiques et réglementaires. Ce diagnostic présente les besoins et les ressources du territoire aveyronnais, en s'appuyant :

- Sur des données statistiques (données nationales et départementales),
- Sur les réponses des SAAD à un questionnaire diffusé au 4^{ème} trimestre 2017. Pour information, l'ensemble des associations membres de la fédération ADMR, soit 44 SAAD, ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse s'élève à 98,5 % -67 répondants sur 68 contactés)
- Une démarche participative lors d'entretiens individuels et collectifs avec les professionnels du Département (dont les équipes médico-sociales APA) et les partenaires (MSA, CARSAT, MDPH) ainsi qu'avec les acteurs de terrains (Points Info Senior, méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie, SSIAD, SAAD, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et des représentants d'usagers (Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie). L'ensemble des entretiens a permis de rencontrer 54 personnes.

La 2^{ème} phase a consisté en l'animation d'une journée de concertation avec l'ensemble des SAAD du département ainsi que d'autres acteurs de terrain.

Quatre thématiques ont été abordées dans le cadre des ateliers de la journée de concertation :

- La couverture territoriale ;
- La qualité des prestations et la réponse aux besoins ;
- La coordination et réseau partenarial ;
- Le modèle économique.

Le compte rendu de cette journée de concertation a été diffusé à l'ensemble des participants et les réflexions et propositions des quatre ateliers ont permis d'élaborer les axes du présent schéma.

La 3^{ème} phase a été consacrée à développer les actions des différents axes choisis et à rédiger les fiches-actions correspondantes. Ces fiches-actions ont été diffusées à l'ensemble des SAAD pour favoriser une concertation large avant programmation du schéma à l'ordre du jour des instances départementales en mai 2018.

Chapitre 1 : Diagnostic partagé et état des lieux

Ce chapitre présente une description :

- des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile vis-à-vis de l'aide et de l'accompagnement
- et de l'offre des services d'aide et d'accompagnement à domicile proposée sur le département de l'Aveyron.

Cet état des lieux complète et approfondit les éléments présentés dans le schéma départemental de l'Autonomie (2016 - 2021).

Cette analyse est structurée autour de quatre problématiques principales : la couverture territoriale et la réponse apportée, la qualité des prestations, la coordination des interventions, l'intégration dans le réseau partenarial et, enfin, la viabilité économique du secteur de l'aide à domicile.

1. La couverture territoriale

La principale problématique est la capacité à répondre aux besoins actuels et futurs de la population sur l'ensemble du territoire

1.1 Rappel du contexte socio-démographique du territoire

a. Un département peu peuplé et constitué d'une part importante de personnes âgées

Le département de l'Aveyron est peu peuplé. Il connaît une augmentation de la population plus faible (+1,25 %) que le niveau français (+2,93 %).

Evolution de la population totale au niveau départemental, régional et national entre 2010 et 2016.

	2010	2016	Evolution
Aveyron	276 805	280 258	1,25%
Occitanie	5 518 106	5 830 166	5,66%
France métropolitaine	62 765 235	64 604 599	2,93%

Source : Insee, 2016

Plus d'un tiers de la population est constitué de personnes âgées de 60 ans et plus en Aveyron contre un quart au niveau français, en 2016.

Part de la population par tranche d'âge au niveau départemental, régional et national entre 2010 et 2016.

	Part des personnes de 20 à 59 ans	Part des personnes de 60 à 74 ans	Part des personnes de 75 ans et plus
Aveyron	46%	20%	13,9%
Occitanie	49%	17%	10,5%
France métropolitaine	51%	16%	9,3%

Source : Insee, 2016

Le niveau de revenu est équivalent à la moyenne régionale. Le taux de pauvreté est fortement inférieur à la moyenne régionale.

Niveau de revenu et taux de pauvreté au niveau départemental et régional en 2014.

	Aveyron	Occitanie
Part des ménages fiscaux imposés	52,6 %	52,8 %
Médiane du revenu disponible par unité de consommation	19 424 €	19 457 €
Taux de pauvreté	14,2 %	17,2 %

Source : Insee, 2014

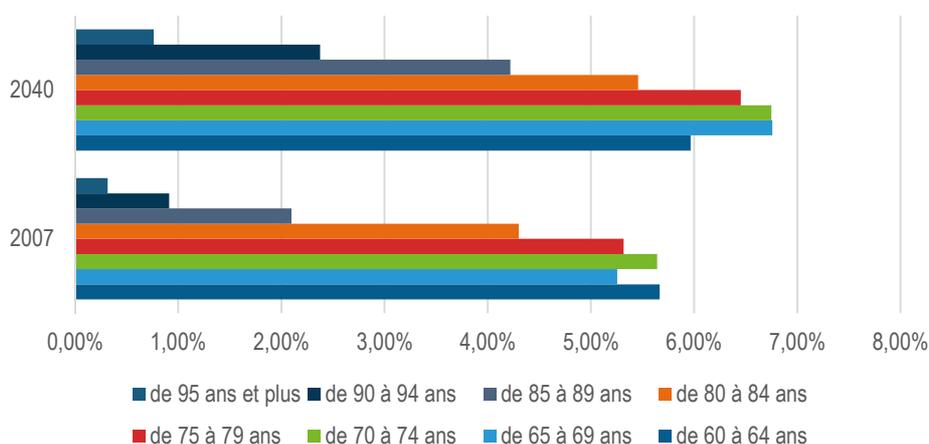
b. Une augmentation des publics fragiles d'ici 2040 dans le département de l'Aveyron

Selon le modèle OMPHALE, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus s'élèvera à 122 031 en 2040. **La part des personnes âgées de 60 ans et plus atteindra 39 % de la population du département en 2040** avec une forte hausse de la part des personnes de 85 à 89 ans. Toutefois, compte-tenu du creux démographique actuel, la part de personnes âgées de 75 ans et plus va continuer à décroître jusqu'en 2020 et atteindre 13,4 % de la population.

A moyen terme, en 2032 le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 94 801, la part de personnes de 65 à 74 ans représentera 14% de la population et celle des personnes de 75 à 84 ans 11,6%.

L'évolution de la population potentiellement dépendante d'ici 2030 progressera de 2 100 personnes. La population potentiellement dépendante augmentera de 800 personnes sur le Territoire d'Action Sociale du Pays Ruthénois, de 400 personnes sur celui de Millau Saint-Affrique, de 400 personnes sur celui de Villefranche Decazeville et de 500 personnes sur celui d'Espalion.

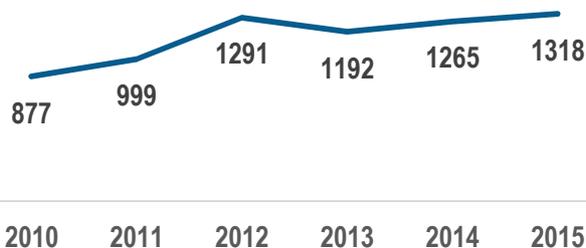
Pyramide des âges en 2007 et en 2040 selon la projection Omphale



c. Une augmentation quantitative des besoins mais une répartition territoriale inégale

Le nombre de bénéficiaires de la PCH entre 2010 et 2016 est en hausse de 50 %. En 2015, le nombre de bénéficiaires de la PCH atteint 1 318 personnes sur le département.

Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH entre 2010 et 2015

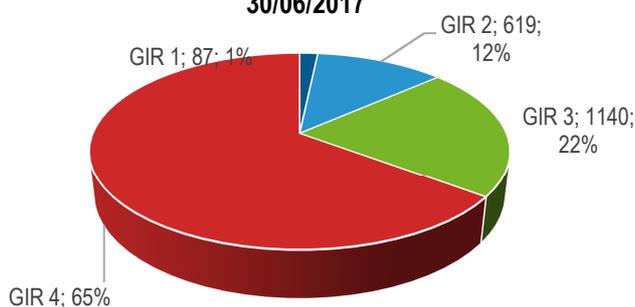


Source : MDPH de l'Aveyron

La part des bénéficiaires de l'APA à domicile (16 %) est supérieure à la moyenne nationale (12 %). A contrario, la part de bénéficiaires en GIR 1 et 2 (13 %) sur le nombre total de bénéficiaires de l'APA à domicile est inférieure à la moyenne nationale (19 %) en 2017. De ce fait, les personnes prises en charge par les SAAD sont moins dépendantes que dans d'autres départements.

Plus des deux tiers des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2017 sont en GIR 4.

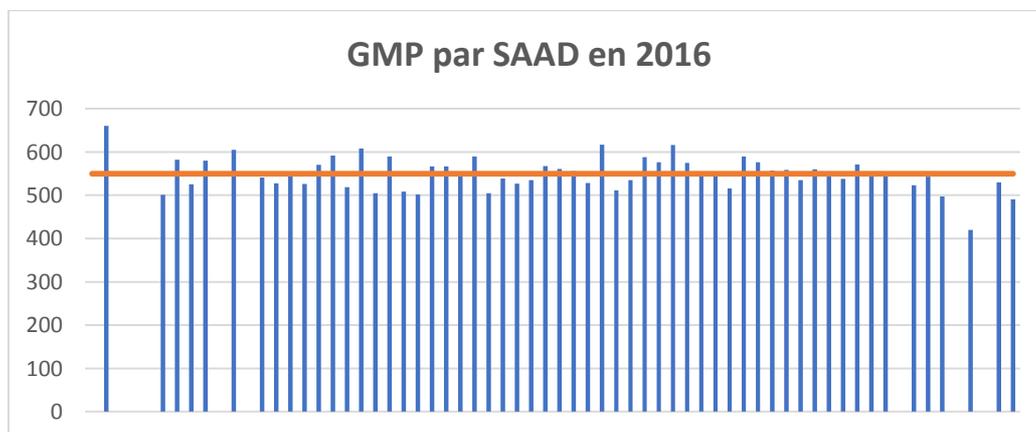
Le GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile au 30/06/2017



Source : Département de l'Aveyron

Un Gir Moyen Pondéré (GMP) proche des ratios du secteur

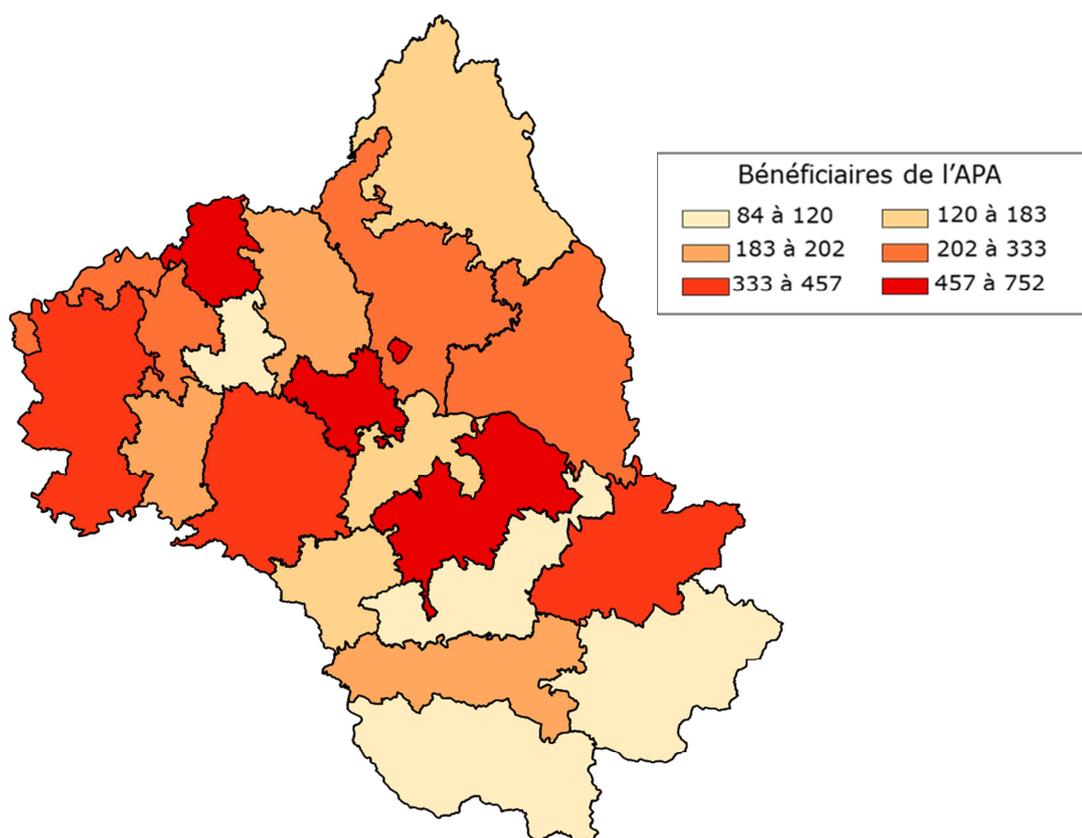
Le GMP moyen des SAAD s'élève à 549 points en 2016. Les références d'autres départements se situent entre 500 et 600. Le GMP minimum atteint 420 points et le GMP maximum 660 points. Pour rappel, un GIR 4 correspond à 420 points et un GIR 3 à 660 points.



Source : questionnaire SAAD
60 réponses sur 67

Le nombre de bénéficiaires de l'APA est concentré autour des villes. Ainsi, les communautés de communes de Decazeville et du Grand Villefrancois abritent chacun environ 15 % des bénéficiaires de l'APA du département, au 30/06/2017.

Répartition des bénéficiaires de l'APA pris en charge par des SAAD au 30/06/2017



Source : Département de l'Aveyron

1.2 La répartition territoriale de l'offre de service

L'offre de service sur le département de l'Aveyron est la suivante :

- 12 SAAD autorisés, tarifés et habilités à l'aide sociale,
 - Parmi ces 12 SAAD autorisés, à noter que l'ADMR est constituée de 44 associations locales regroupées en une seule fédération départementale détentrice de l'autorisation,
- 11 SAAD autorisés et non tarifés (ex-agrésés)

Présentation des SAAD en 2018

SAAD autorisés et tarifés	SAAD autorisés
ADMR	ADOM SERVICES
UDSMA	AD SERVICES 12
ASSAD	AAMAD ROQUEFORT
AAMAD VILLEFRANCHE	AXEO
ADAR	BIEN CHEZ SOI
CIAS VIVIEZ	CCAS ESPALION
UMM	FAMILLE SERVICE AVEYRON
CCAS AUBIN	O2 HOME SERVICES
CCAS CAPDENAC	SARL FAMILL'O SERVICES
CCAS DECAZEVILLE	SENIORS 12
CIAS ROUGIER DE CAMARES	MULTI SERVICES A DOMICILE
CCAS SAINT AFFRIQUE	

Source : Département de l'Aveyron

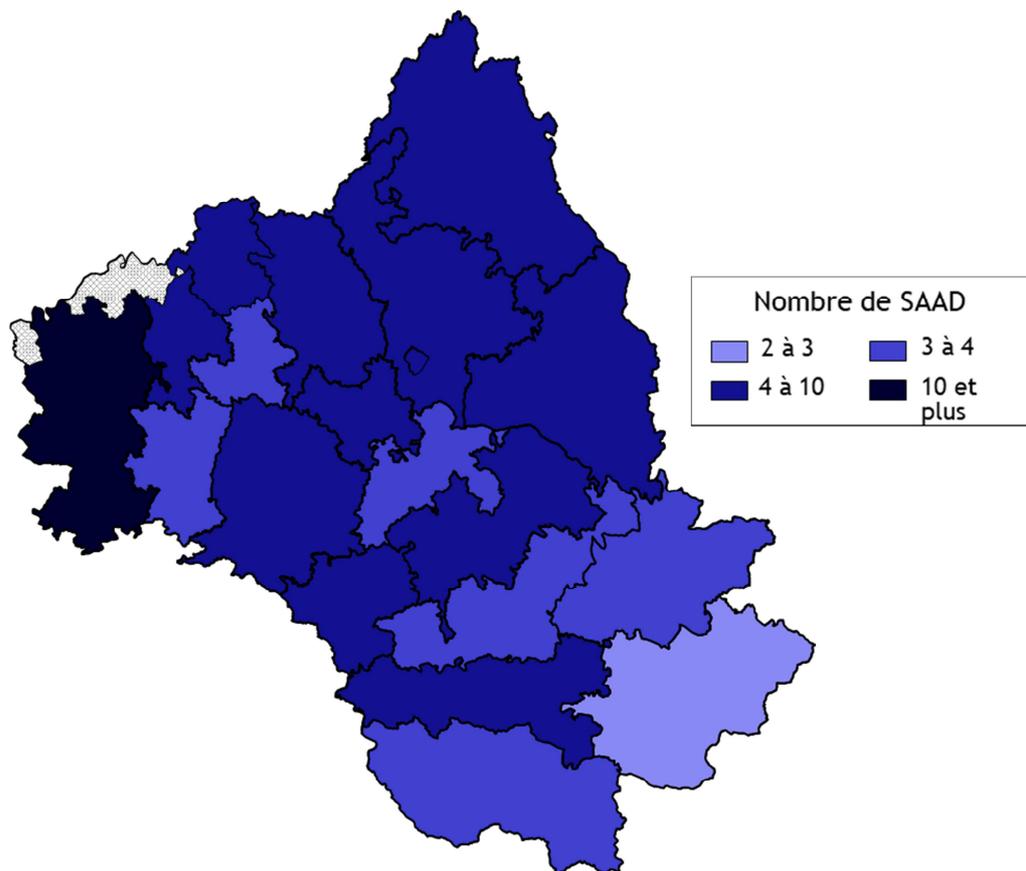
Par ailleurs, en complément à ces 23 SAAD généralistes, un SAAD autorisé et non tarifé (ex-agréé), Autisme Aveyron, est spécialisé dans l'accompagnement de personnes autistes.

a. Un Département couvert, mais des zones de tension

Sur la base des réponses des SAAD dans le questionnaire, il apparaît :

- Une concentration forte de SAAD en zone urbaine ;
- Une forte concurrence à Villefranche-de-Rouergue avec plus de 10 SAAD en activité ;
- Et des SAAD peu présents dans le Sud, notamment au sud de la commune de Millau (entre 2 et 3 services)

**Répartition des SAAD sur le territoire.
Nombre de SAAD ayant déclaré desservir chaque territoire intercommunal**

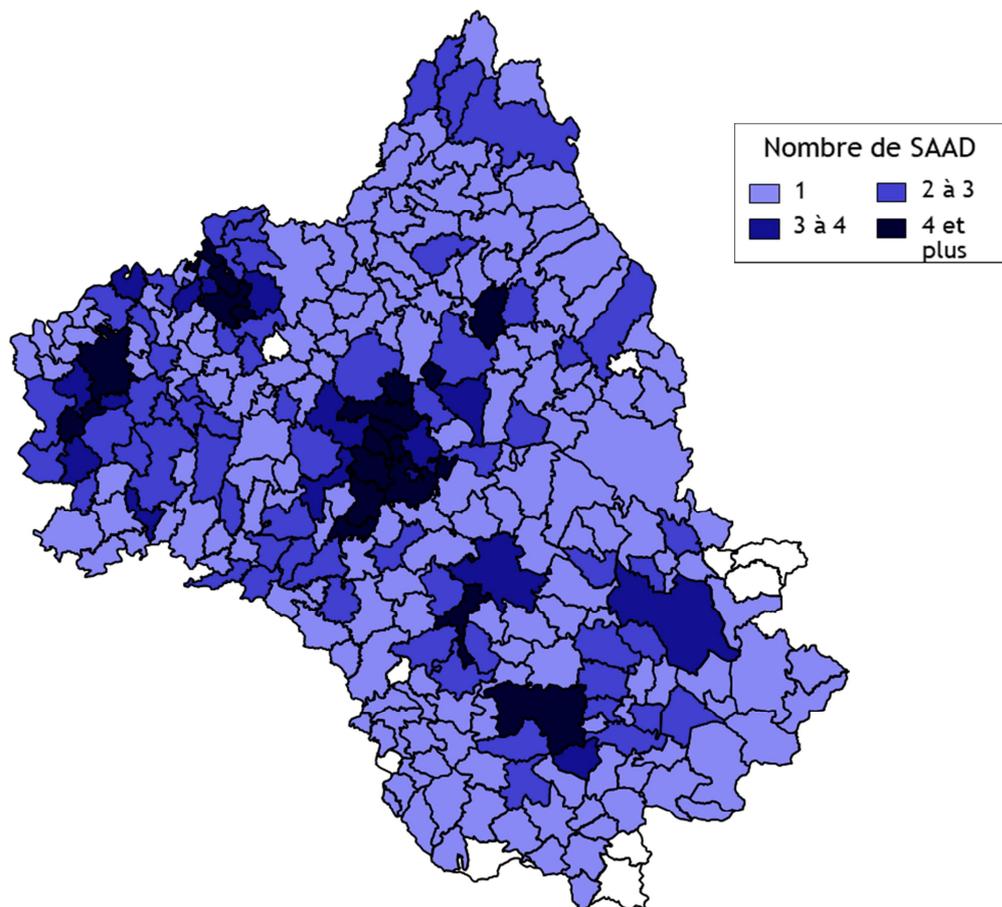


Source : questionnaire

L'ensemble du département est couvert par les services avec un minimum de 1 SAAD par commune.

Le territoire comprend 19 communes avec une forte concurrence (supérieure à 4 SAAD en activité) : Aubin, Calmont, Cransac, Decazeville, Espalion, Flavin, Le Monastère, Livinhac-le-Haut, Luc-La-Primaube, Olemps, Onet-le-Château, Rodez, Saint-Affrique, Sainte-Juliette-sur-Viaur, Savignac, Sébazac-Concourès, Toulonjac, Villefranche-de-Panat, Villeneuve.

**Présence des SAAD sur le territoire.
Nombre de SAAD prenant en charge des bénéficiaires de l'APA**



Source : Département de l'Aveyron, 30 juin 2017

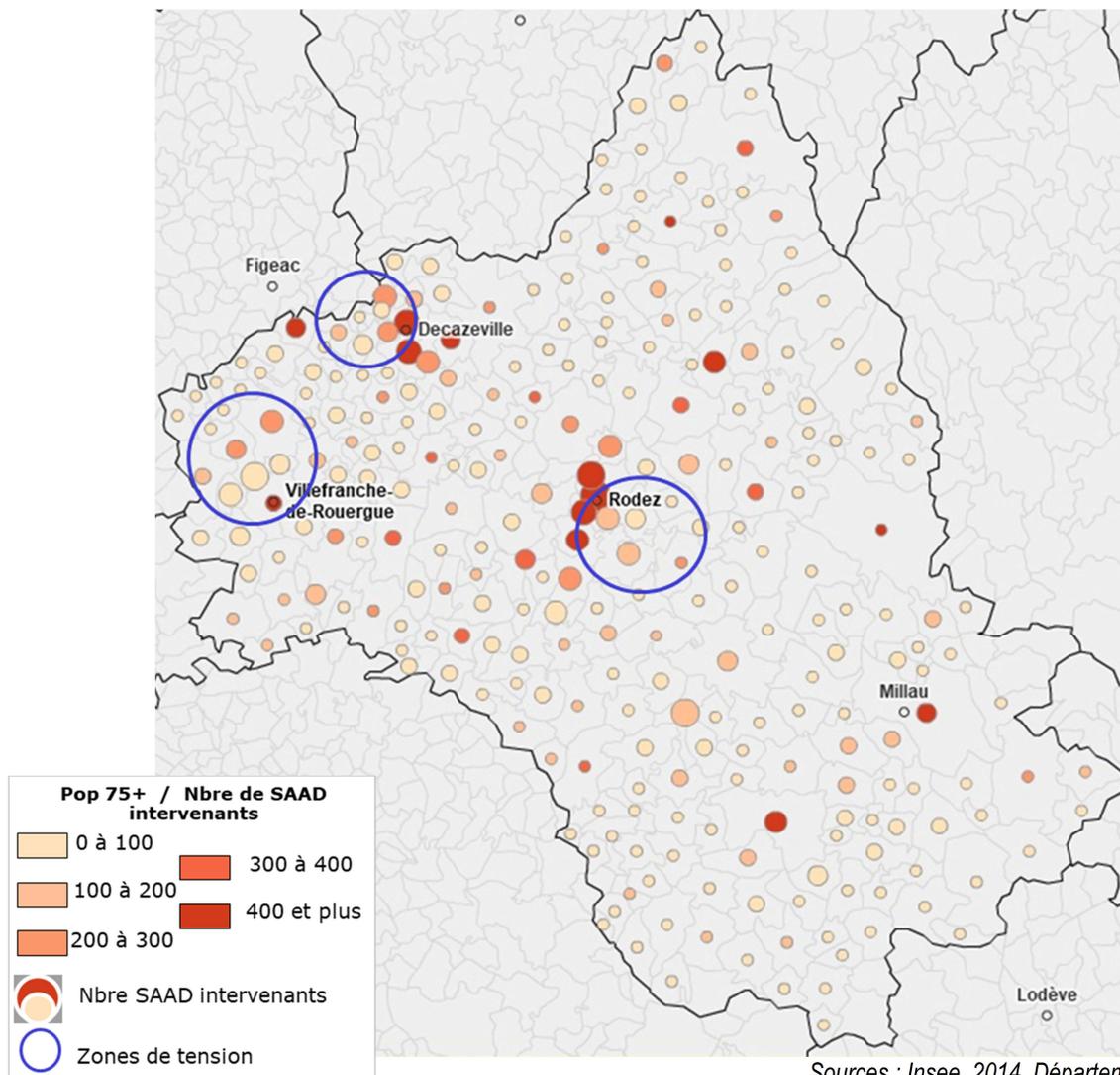
Cette carte présente le nombre de SAAD prenant en charge des bénéficiaires APA à la date 30 juin 2017 sur une même commune. Les territoires en blanc représentent des communes où il n'y a pas de bénéficiaire APA pris en charge à cette date.

La carte ci-dessous est une comparaison de la population de plus de 75 ans et du nombre de SAAD intervenant sur le territoire.

On constate que certaines communes sont peu peuplées mais couvertes par un nombre important de SAAD notamment sur les secteurs de Decazeville, Villefranche-de-Rouergue et Rodez.

Pour rappel, 13,8% des plus de 75 ans sont bénéficiaires de l'APA en Aveyron.

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus comparé au nombre de SAAD intervenant par commune



Sources : Insee, 2014, Département de l'Aveyron

1.3 L'évolution de l'activité des SAAD

a. Une hausse du nombre de bénéficiaires des SAAD tarifés et des SAAD non tarifés

Le nombre de personnes accompagnées toutes activités confondues progresse de 22 % entre 2014 et 2016, soit 3 557 bénéficiaires supplémentaires. La hausse est particulièrement forte pour les SAAD non tarifés (+ 203 %, soit 2 908 bénéficiaires supplémentaires).

Les SAAD tarifés accompagnent 78 % des bénéficiaires. Cette part est en diminution sur la période, les SAAD tarifés accompagnaient 91% des bénéficiaires en 2014.

Bénéficiaires	2014	2015	2016	Taux d'évolution 2014 - 2016 en %	Différence 2014 - 2016
Non tarifé					
Secteur privé à but lucratif	1 244	2 737	4 106	230%	2 862
Secteur privé à but non lucratif	14	31	48	243%	34
Secteur public	177	192	189	7%	12
Sous-total	1 435	2 960	4 343	203%	2 908
Tarifé					
Secteur privé à but non lucratif	13 337	13 919	13 980	5%	643
Secteur public	1 153	1 137	1 159	1%	6
Sous-total	14 490	15 056	15 139	4%	649
Total	15 925	18 016	19 482	22%	3 557

Source : questionnaire SAAD

b. Une hausse du nombre d'heures réalisées pour les SAAD non tarifés, une baisse pour les tarifés

Les heures toutes activités confondues progressent moins vite que le nombre de bénéficiaires. Elles augmentent de 1 % entre 2014 et 2016, soit 12 503 heures supplémentaires. La hausse est portée par les SAAD non tarifés (+ 53 % soit une augmentation de 44 849 heures).

Il est important de noter que les heures des SAAD tarifés diminuent sur la période (- 2 %). Toutefois, les SAAD tarifés représentent toujours 93 % du volume horaire total en 2016.

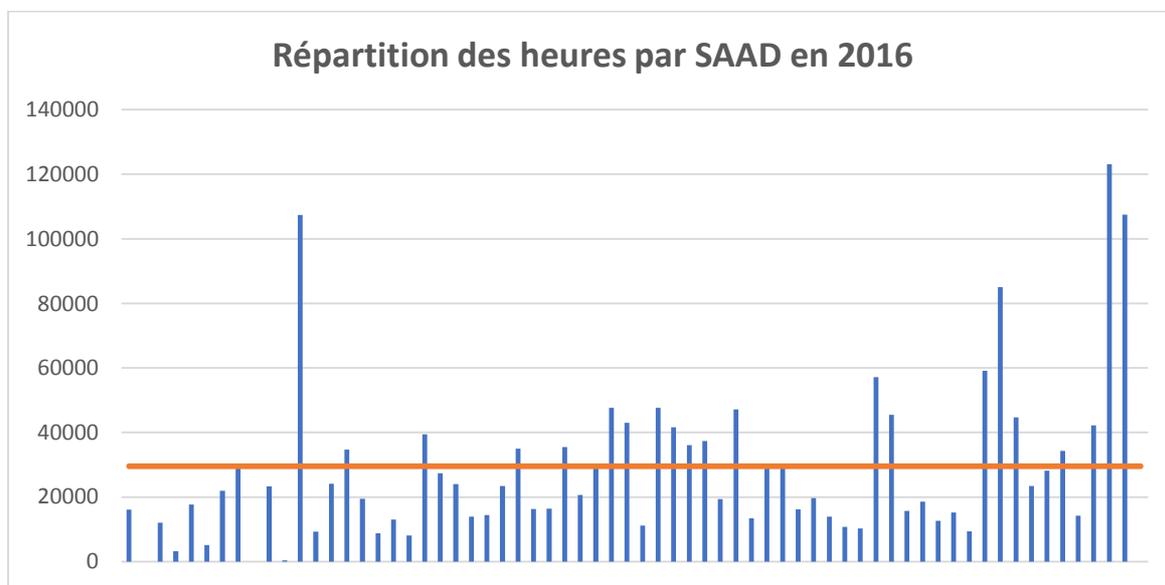
Heures	2014	2015	2016	Taux d'évolution 2014 - 2016 en %	Différence 2014 - 2016
Non tarifé					
Secteur privé à but lucratif	64 535	85 649	108 260	68%	43 726
Secteur privé à but non lucratif	380	1 751	3 252	755%	2 872
Secteur public	19 458	17 116	17 710	-9%	-1 748
Sous-total	84 373	104 516	129 222	53%	44 849
Tarifé					
Secteur privé à but non lucratif	1 602 525	1 597 987	1 577 180	-2%	-25 345
Secteur public	161 225	155 329	154 224	-4%	-7 001
Sous-total	1 763 750	1 753 316	1 731 404	-2%	-32 346
Total	1 848 123	1 857 832	1 860 626	1%	12 503

Source : questionnaire SAAD

c. Les SAAD sont de taille moyenne

La moyenne d'heures réalisées toutes activités confondues par un SAAD s'élève à **29 534 heures en 2016**. 22 SAAD sur 64 répondants ont une activité supérieure à la moyenne départementale. Le minimum est de 404 heures, et le maximum de 123 137 heures. La médiane atteint 23 358 heures.

A titre de référence, il est convenu que les systèmes de télégestion sont efficaces (amortissement de l'investissement) à partir de 25 000 heures annuelles.



Source : questionnaire SAAD

d. Un poids important des heures départementales dans l'activité des SAAD

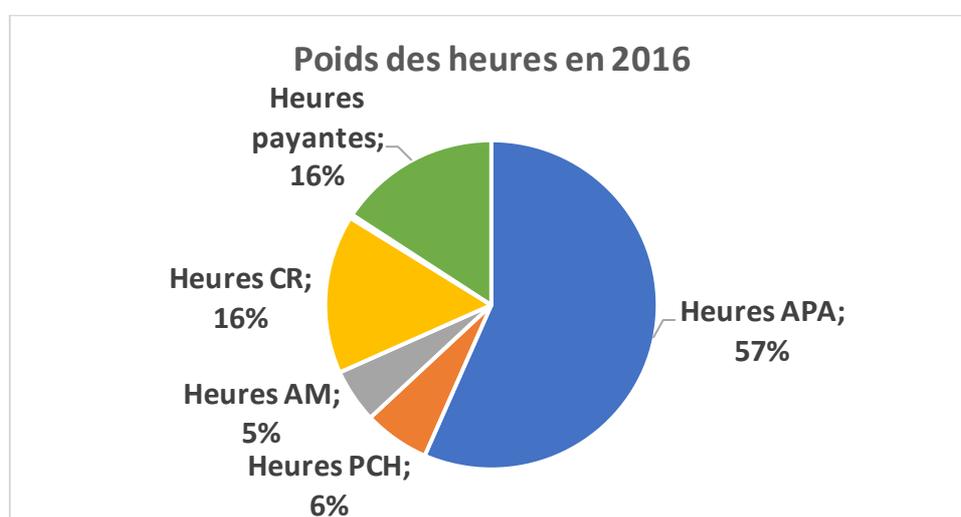
L'offre des SAAD est peu diversifiée. Les autres activités proposées par les SAAD sont du transport accompagné (52 SAAD⁴), des activités liées à l'enfance famille (51 SAAD), du portage de repas (22 SAAD) et des activités liées aux petits travaux (8 SAAD).

Les heures prescrites par le Département représentent 68% de l'activité en 2016. Elles comprennent :

- Les heures APA (1 052 730 heures), soit 57 % des heures réalisées par les SAAD,
- Les heures PCH (119 215 heures), soit 6 %,
- Et les heures d'aide-ménagère au titre de l'aide sociale (98 697 heures), soit 5 %

Deux SAAD réalisent des heures de Techniciens en Intervention Sociale et Familiale (TISF), pour un total de près de 12 000 heures d'intervention annuels, dont 10 935 heures pour le compte du Département en 2016.

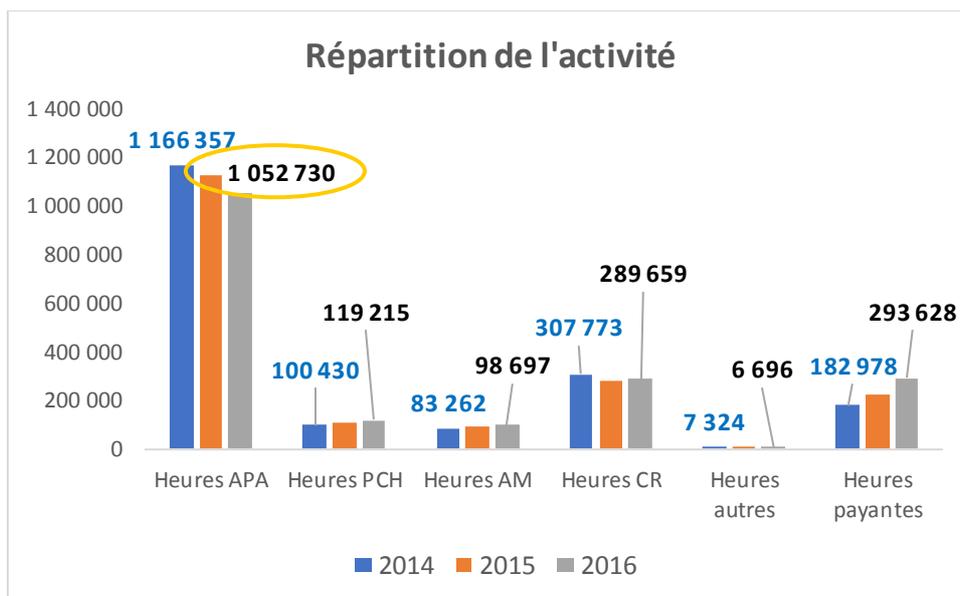
Si la décomposition des heures en 2016 met en évidence une prédominance des heures financées par l'APA dans l'activité des SAAD, les heures financées par les caisses de retraite (CR) et les heures payantes sont deux parts importantes de l'activité avec respectivement 289 659 heures et 293 628 heures (16 % de l'activité chacune) en 2016.



Source : questionnaire SAAD

Les heures réalisées au titre de l'APA par les SAAD sont en recul depuis 2014. Les heures payantes progressent de 60% et les heures PCH de 19% sur la période.

⁴ Source : questionnaire, pour lesquels l'ensemble des associations membres de la fédération ADMR ont répondu



Source : questionnaire SAAD

e. Des zones de tension qui impactent négativement la gestion des SAAD

Dans 19 communes de l'Aveyron, 4 SAAD ou plus accompagnent des bénéficiaires APA. Cette concurrence accrue peut avoir des effets négatifs en termes de coûts pour les SAAD et en conséquence le Département prescripteur et financeur.

Sur Aubin par exemple, deux services connaissent une diminution du volume d'heures payées entre 2014 et 2016. Ce sont également eux qui connaissent la plus forte augmentation de leur coût unitaire. Sur les autres services, tous augmentent leurs coûts unitaires sauf un. Ce dernier est le seul à augmenter son activité en diminuant son coût unitaire.

Cas pratique : Aubin

Services	Evolution heures payées 2014 – 2016	Evolution coût unitaire 2014-2016	Evolution résultat 2014- 2016
SAAD 1	-12,56%	5,77%	
SAAD 2	19,44%	3,77%	
SAAD 3	17,27%	1,83%	
SAAD 4	25,00%	-8,26%	
SAAD 5	-89,29%	4,43%	

Source : Département de l'Aveyron

Cas pratique : Decazeville

Services	Evolution heures payées 2014 – 2016	Evolution coût unitaire 2014-2016	Evolution résultat 2014- 2016
SAAD 1	-13,00%	5,77%	
SAAD 2	-11,53%	3,77%	
SAAD 3	-20,52%	-8,26%	
SAAD 4	8,92%	4,43%	
SAAD 5		0,83%	

Source : Département de l'Aveyron

1.4 Synthèse : Une couverture territoriale à structurer

Le diagnostic montre une couverture complète des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sur le territoire de l'Aveyron. Néanmoins, des zones de tension existent sur le département notamment dans les zones urbaines où la concurrence est accrue. Les opportunités économiques de ces zones favorisent l'installation de nouveaux acteurs mais posent aussi la question de la viabilité économique et la cohérence de l'offre sur le territoire.

Les acteurs rencontrés souhaitent définir des territoires d'intervention des SAAD pour améliorer la lisibilité de l'offre pour l'utilisateur et garantir la viabilité économique du secteur. Ils envisagent également que des services spécialisés puissent être des centres de ressources pour d'autres SAAD.

2. La qualité des prestations et la réponse aux besoins

La problématique liée à cette thématique est celle de l'évaluation de la qualité des prestations délivrées en Aveyron. Elle est liée aux exigences fixées dans le cahier des charges national des SAAD⁵.

2.1 Les outils au service de la qualité de prise en charge

a. Une qualité de service à améliorer

Les SAAD utilisent différents outils de suivi et de qualité. Le système de télégestion est utilisé par 59 SAAD⁶ (dont 44 réunis au sein de la Fédération ADMR). Le système d'astreinte fonctionne pour 57 SAAD. Plusieurs SAAD soulignent la nécessité de l'améliorer. Des procédures spécifiques (délai d'intervention, binôme ...) sont en place dans 7 SAAD. L'informatisation des listes d'attente est opérationnelle dans 2 SAAD.

Les réponses des SAAD au questionnaire révèlent entre eux des écarts importants en matière de fréquence d'actualisation des outils de la loi 2002-2, ainsi que dans leur utilisation systématique ou leur mise en œuvre effective.

La qualification des plans d'aide est à améliorer. En effet, les SAAD n'ont pas le détail des activités à réaliser au domicile de leurs bénéficiaires (aide à la toilette, aide-ménagère, aide aux repas, etc.). Cette information permet non seulement de s'assurer du respect du plan d'aide prescrit, mais aussi de comprendre les raisons des dépassements de plan d'aide.

Par ailleurs, certains plans d'aide ne sont pas réalisés dans leur intégralité. Le taux de réalisation moyen des plans d'aide APA s'élève à 92 % selon les déclarations des SAAD⁷, ce qui correspond au ratio communément admis. Via le dispositif de télégestion, le Département constate des taux de réalisation inférieurs.

b. Un recul des interventions les dimanches et les jours fériés

Les heures d'intervention au titre de l'APA les dimanches et les jours fériés s'élèvent à 16 577 heures en 2016. Elles représentent 2 % des heures APA. Les interventions les dimanches et les jours fériés diminuent de 2 % entre 2014 et 2016, soit une réduction de 351 heures d'intervention au titre de l'APA. Les SAAD tarifés réalisent 98 % des heures présentées dans le contrat APA.

Les SAAD sont flexibles en termes d'horaire afin de répondre aux besoins des usagers puisqu'un seul SAAD n'intervient pas le dimanche.

⁵ Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles

⁶ Source : questionnaire, pour lesquels l'ensemble des 44 associations membres de la fédération ADMR ont répondu.

⁷ Source : questionnaire, avec 52 répondants (dont les associations de l'ADMR)

Heurs dimanches et jours fériés APA	2014	2015	2016	Taux d'évolution 2014 - 2016 en %	Taux d'évolution 2014 - 2016
Non tarifé					
Secteur privé à but lucratif	48	141	115	139%	67
Secteur privé à but non lucratif					0
Secteur public	185	149	193		8
Sous-total	233	290	308	32%	75
Tarifé					
Secteur privé à but non lucratif	14 654	15 627	14 364	-2%	-290
Secteur public	2 042	1 773	1 906	-7%	-136
Sous-total	16 696	17 400	16 270	-3%	-426
Total	16 929	17 690	16 577	-2%	-351

Source : questionnaire SAAD

2.2 La qualification et la professionnalisation des intervenants

a. Un nombre d'équivalent temps plein intervenant au domicile en hausse

Le nombre d'ETP des SAAD s'élève à 1 295 en 2016. Il a augmenté de 3 % depuis 2014. Les CDI représentent 79 % des emplois dans les SAAD en 2016 avec une augmentation de 4 % du nombre de CDI entre 2014 et 2016. Le nombre d'ETP d'intervenants et d'Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) est de 1 168. Ils augmentent de 3 % et représentent 90 % des effectifs.

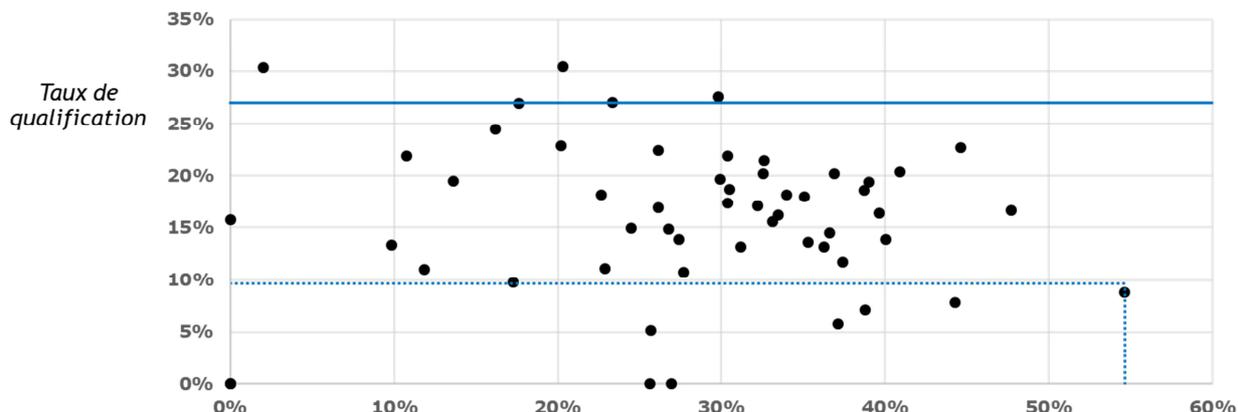
b. Un taux de qualification du personnel d'intervention satisfaisant, mais dont la répartition est inadaptée au besoin

Le taux de qualification correspond à la part des personnels qualifiés (catégorie C, titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale - DEAVS) sur l'ensemble du personnel d'intervention. La professionnalisation des intervenants à domicile a été encouragée par les institutions afin de contribuer à la fidélisation des emplois et à l'amélioration de la qualité de prise en charge ; néanmoins le taux de qualification a un impact financier pour les services tenus d'appliquer les grilles de rémunération des conventions collectives.

Le taux de qualification⁸ des professionnels est très variable selon les services et s'élève à 30% en moyenne avec un taux de qualification maximum de 54%. Ce ratio doit être rapproché de la nature de l'activité du service. Selon la part des personnes dépendantes prises en charge, le besoin en personnel qualifié sera plus ou moins important. Si le rapprochement est légitime, il n'est pas constaté de corrélation entre le niveau de qualification des effectifs et le nombre de bénéficiaires GIR 1 / 2. Par exemple, le taux de qualification est inférieur à 10 % pour un SAAD ayant près de 55 % de GIR 1 et 2 dans son activité.

⁸ **Taux de qualification** : nombre de professionnels intervenants bénéficiant d'une validation des acquis de l'expérience (VAE) ou d'un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) ou un titre professionnel Assistante de vie aux familles (ADVF) rapporté au nombre de professionnels intervenant au domicile. Source : IGAS, RAPPORT N°RM2010-138P/ IGF N°2010-M052-02

Absence de corrélation entre le taux de qualification et le poids des GIR 1/2 (SAAD tarifés, 2016)



Source : questionnaires SAAD – Taux de qualification en abscisse et poids des GIR 1 et 2 en ordonnées 27% en moyenne pondérée

Les Départements, soucieux de maîtriser leurs dépenses regardent attentivement l'adéquation entre le niveau de qualification et l'activité des services. Le Département de l'Hérault par exemple, a limité le taux de qualification à 15 %. La référence du secteur est fixée à 25 % afin de pouvoir déployer du personnel qualifié auprès des personnes dépendantes tout en permettant une gestion efficiente pour les services.

Le Département de l'Aveyron a donc un niveau de qualification satisfaisant, mais inégalement réparti.

2.3 Synthèse : Une qualité des prestations à soutenir et à développer pour répondre aux nouveaux besoins

Le diagnostic montre une hétérogénéité des outils de suivi et de qualité des SAAD sur le territoire de l'Aveyron. Le taux de qualification des professionnels est satisfaisant mais mal réparti par rapport au niveau de dépendance des publics. L'offre est peu diversifiée et se concentre sur les dispositifs APA.

Les acteurs souhaitent que les SAAD répondent aux besoins actuels des usagers (troubles cognitifs et psychiques, intervention de nuit et les week-ends, couchers tardifs, etc.) et soient en capacité de répondre aux nouveaux besoins de ces derniers liés en partie au vieillissement de la population.

Ils souhaitent également être assurés que les interventions réalisées en urgence (notamment sorties d'hospitalisation non-programmées) soient solvabilisées.

3. La coordination et le réseau partenarial

Cette thématique aborde la question de la coordination des acteurs intervenant au domicile, et notamment de l'intégration des SAAD dans le réseau partenarial, ainsi que la question de la coordination des acteurs autour d'une situation.

3.1 Des partenariats à dynamiser pour accroître la qualité de prise en charge des usagers

Le Département dispose d'un schéma de coordination, datant de 2010. Les services conventionnés par les caisses de retraite sont les mêmes que les services autorisés par le Département.

Sur l'ensemble des SAAD ayant répondu au questionnaire⁹, 31 ont mis en place des partenariats avec des acteurs du maintien à domicile (SSIAD, SAVS, SAMSAH, etc.). Cependant seulement neuf d'entre eux les ont formalisés dans des conventions.

Les relations sont peu développées entre les SAAD, puisque c'est davantage la notion de la concurrence qui est spontanément évoquée par les acteurs.

50 SAAD sur 68 ont recours aux formations mutualisées (dont notamment les associations locales ADMR) et permettent de réduire les coûts pour les services tout en développant de nouvelles compétences professionnelles. En dehors des réseaux de fédération, les mutualisations sont limitées.

Il existe un GCSMS sur le secteur de Decazeville qui renforce le lien entre le secteur social et médico-social. Ce GCSMS est notamment porteur d'actions de prévention.

Toutefois, la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnels, etc.), la mise en commun de services (juridiques, comptables ou d'équipements de restauration) et l'intervention commune de professionnels n'est pas encore développée entre les SAAD.

Coopération	Nombre de partenariats	Convention de partenariat	Commentaires
Résidence autonomie	6	1	Interventions mutualisées - service de portage de repas
Résidence senior	7	2	Interventions mutualisées - service de portage de repas
Acteurs du maintien à domicile	31	9	Répondre aux besoins - assurer des interventions en doublon - améliorer la qualité
Crèche	8	1	
Association	18	3	Animation - remplacement - prévention

Source : Questionnaire aux SAAD

3.2 Encourager et soutenir la coordination autour des situations

Les acteurs soulignent l'existence de travail en binôme avec d'autres professionnels, notamment ceux des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) autour de certaines situations.

Toutefois, la communication entre les différents intervenants n'est pas systématiquement établie et la coordination des interventions peut s'avérer difficile, notamment avec des professionnels médicaux ou paramédicaux libéraux (notamment infirmier et kinésithérapeute).

⁹ L'ensemble des 44 associations membres de la fédération ADMR ont répondu

Lorsque les sorties d'hospitalisation sont anticipées, les acteurs soulignent la bonne organisation des prises en charge et la capacité des SAAD à répondre au besoin d'accompagnement. Certains SAAD ont également développé des liens avec des hôpitaux psychiatriques autour des prises en charge temporaires. De plus, les MAIA de l'Aveyron développent un outil de transmission d'information entre les acteurs du domicile et les établissements de santé, ce qui constitue une ressource potentielle pour fluidifier les transitions.

Cependant, les SAAD constatent un glissement des tâches : les professionnels des SAAD peuvent être amenés à réaliser des actes de soin auprès des bénéficiaires par manque d'intervention de soignant (ex : toilette, lever, etc.). Il est également souligné que les pratiques des SAAD vis-à-vis de ces glissements de tâches sont très hétérogènes, certains acceptant de pallier l'absence de réalisation d'actes de soin et d'autres refusant que leurs professionnels (même s'ils sont formés) utilisent du matériel médical (lève-personne), par exemple.

De plus, certains SSIAD ont une limite d'âge en dessous de laquelle ils n'interviennent pas, ce qui peut mettre les SAAD en difficulté dans la prise en charge de certaines situations.

3.3 Synthèse : Une coordination stratégique et un travail en partenariat à développer

Le diagnostic a permis de faire émerger des éléments clefs sur le besoin d'une coordination stratégique, de créer des partenariats entre les acteurs.

Le diagnostic montre que les partenariats entre les SAAD sont restreints et que la coordination entre les intervenants, dans la plupart des cas, n'est pas outillée. Or, les liens entre structures et entre intervenants peuvent être un levier pour pérenniser le secteur, dans un souci d'efficacité et de maîtrise des coûts.

Les acteurs rencontrés souhaitent que le Département se positionne comme pilote de l'aide à domicile. Ils veulent également améliorer la connaissance entre les différents acteurs et le champ d'intervention de chacun. Enfin, ils souhaitent clarifier le rôle et les missions des différents acteurs intervenant au domicile.

4. La viabilité économique du secteur de l'aide à domicile

Le secteur de l'aide à domicile est un secteur contraint financièrement. D'une part, les prestations versées par le Département (APA, PCH, aides ménagères et TISF) sont liées à un cadre national (barème d'évaluation, plafonds, tarifs nationaux) et aux contraintes budgétaires que connaît le Département de l'Aveyron. D'autre part, les services font face à une évolution des exigences (cahier des charges national, nécessaire coordination, exigence des bénéficiaires, etc.) qui ont un impact sur leurs coûts.

4.1 Une situation financière fragile des services

Une fragilité financière accrue pour près de la moitié des SAAD tarifés

Les dépenses des services tarifés ont atteint 39 millions d'euros en 2016, soit une hausse de 1 % alors que le nombre d'heures réalisé par les SAAD tarifés a baissé de 2%.

Le résultat cumulé sur l'année est en déficit de 97 000 € en 2016 contre un déficit de 272 000 € en 2015. Malgré cet effort important de réduction des déficits, la moitié des SAAD (23 sur 59¹⁰) sont déficitaires. Ceci montre la fragilité financière du secteur.

Le tarif moyen des SAAD tarifés est de 20,66 € (pour rappel le tarif CNAV est de 20,50 € en 2017) avec une progression de 3% entre 2014 et 2016.

Une surfacturation de la majorité des SAAD est constatée à travers les réponses au questionnaire. Cette surfacturation concerne notamment les déplacements et l'activité le week-end.

¹⁰ L'ensemble des associations ADMR sont considérées individuellement

4.2 Des ratios de gestion élevés en Aveyron

Plusieurs Départements ont choisi de conditionner la tarification au respect de ratios de gestion afin de maîtriser l'évolution des tarifs des services autorisés et tarifés. Cette démarche vise aussi à rendre plus aisées les comparaisons entre services et à engager un dialogue de gestion sur des bases objectives.

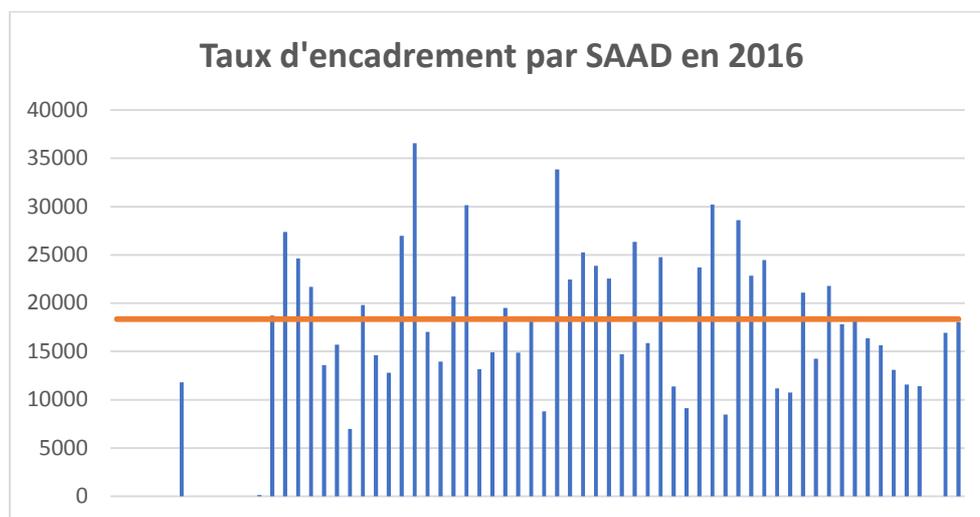
Il ressort du questionnaire que les coûts de gestion pourraient être plus fortement pris en compte. En effet, les indicateurs de gestion actuels sont en moyenne supérieurs aux références nationales¹¹ et ne permettent pas d'optimiser la viabilité économique du service. Les services doivent continuer à se saisir des outils de pilotage interne (télégestion, liste d'attente informatisée ...) afin de renforcer la culture de la performance.

a. Un taux d'encadrement élevé pour les SAAD tarifés

Le taux d'encadrement représente l'effectif du personnel de direction, d'encadrement, de proximité et d'administration/gestion rapporté au nombre d'heures d'intervention. Ce ratio explique les écarts de coûts observés entre les services.

Le taux d'encadrement¹² moyen en Aveyron s'élève à 18 352 heures / ETP (moyenne des répondants). Les références du secteur varient entre 20 000 heures et 40 000 heures d'intervention / ETP d'encadrement. Le taux d'encadrement le plus bas atteint 134 heures / ETP.

La plupart des SAAD ont des seuils d'encadrement compris entre 10 et 20 000 heures d'intervention : 24 SAAD ont un taux d'encadrement supérieur à la moyenne.



Source : questionnaire SAAD

¹¹ Rapport IGAS, RAPPORT N°RM2010-138P/ IGF N°2010-M052-02

¹² **Taux d'encadrement** : Nombre d'heures d'intervention facturées rapportées au nombre d'ETP n'intervenant pas au domicile (administratif et encadrement)

b. Un taux d'heures non productives élevé (le rapport entre heures facturées et heures rémunérées)

Les heures improductives sont toutes les heures rémunérées aux salariés qui ne sont pas réalisées sur le terrain, auprès des usagers. Elles regroupent les heures d'inter-vacation, les temps de formation, de réunion, les arrêts maladie et arrêts de travail, les congés de maternité, les congés payés, mais aussi les heures programmées qui n'ont pu être réalisées (en raison d'un décès ou d'une hospitalisation par exemple), ou le reliquat d'heures non réalisées dans le cadre de la modulation du temps de travail, etc.

Le taux d'heures non productives¹³ s'élève à 24% en 2016. La référence du secteur est de 20 % d'heures improductives sur la base de 1 820 heures travaillées. Le taux d'heures non productives le plus élevé s'élève à 61%. 24 SAAD ont un ratio supérieur à la moyenne.



c. Un absentéisme en hausse pour les SAAD tarifés

Le taux d'absentéisme s'élève à 11 % en 2016 avec un taux supérieur du secteur public (13 %) que du secteur privé à but non lucratif (10 %). L'évolution de l'absentéisme est de 13 % entre 2014 et 2016. Sur cette période, l'absentéisme pour cause de maladie a augmenté de 12 %. En revanche, l'absentéisme pour accident du travail a baissé de 14 %.

Taux d'absentéisme en %	2014	2015	2016	Taux d'évolution 2014 - 2016 en %
Tarifé				
Secteur privé à but non lucratif	9%	9%	10%	10%
Secteur public	9%	13%	13%	42%
Total	9%	10%	11%	13%

Source : questionnaire SAAD

d. La performance des SAAD liée à des effets de seuil

Les SAAD dont l'activité est comprise entre 60 000 et 90 000 heures semblent plus « performants » que ceux dont l'activité est en-deçà et au-delà de ces seuils.

Par ailleurs, les retours d'expérience montrent une vraie efficacité de la télégestion à partir de 25 000 heures. De plus, les SAAD mutualisent leur personnel de manière rentable et efficiente à partir de 60 000 heures d'activité.

Activité	Nombre de services concernés	Activité moyenne	Résultat moyen	Poids des charges de personnel	ETP moyen	Poids des ETP siège
0-30 000 heures	42	16 887	7 827	83%	13	9%
30 000 - 60 000 heures	17	42 839	-19 079	84%	30	7%
60 000 - 90 000 heures	1	85 047	30 116	91%	63	7%
> 90 000 heures	4	116 815	-7 544	85%	63	6%
Moyenne		65 397	2 830	86%	42	7%

Source : questionnaire SAAD

4.3 Synthèse : Un modèle économique à repenser

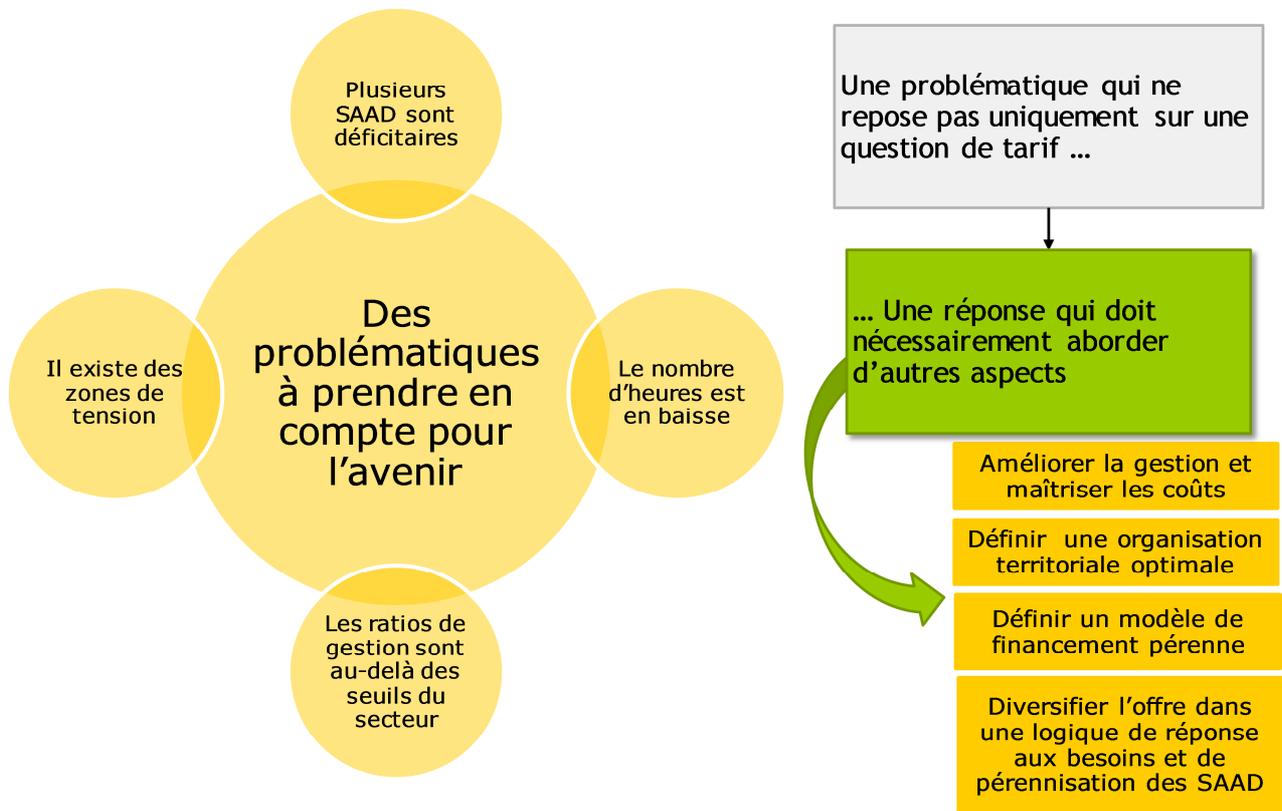
Le secteur en Aveyron n'est pas une situation aussi difficile que dans d'autres départements. Néanmoins, plusieurs indicateurs montrent la fragilité du secteur de l'aide à domicile :

- Plusieurs SAAD sont déficitaires : la moitié des SAAD tarifés sont déficitaires,
- Le nombre d'heures réalisées par les SAAD tarifés est en baisse,
- Les ratios de gestion sont globalement supérieurs aux références du secteur,
 - o Le taux d'encadrement élevé, notamment, pèse sur les coûts de gestion.
- Il existe des zones de tension avec une concurrence accrue entre les services.
 - o L'accroissement de la concurrence et la diminution des heures des SAAD participent à la fragilité du modèle économique.

Des marges d'amélioration et de progrès existent et interrogent ainsi le modèle économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile en Aveyron.

Les acteurs souhaitent en effet redéfinir le modèle de financement de l'accompagnement des personnes sur les territoires et réduire les inégalités de tarif entre les services.

Le schéma ci-dessous synthétise les principaux éléments d'analyse et les réponses qui pourront être apportées dans le cadre des axes de travail du présent schéma, en vue de pérenniser le secteur :



Chapitre 2 : Orientations et plan d'action

Un plan d'action en lien avec les autres chantiers du Département

Ce plan d'action s'insère dans la politique de l'autonomie du Département définie par le **schéma départemental de l'autonomie 2016 – 2021**.

Par ailleurs, une étude prospective est en cours sur la gestion territoriale des emplois et compétences (GTEC) sur les métiers de l'aide à domicile en Aveyron. Cette étude complètera l'état des lieux et le plan d'action sur l'aspect spécifique de l'emploi dans le secteur de l'aide à domicile.

Les axes du schéma de l'aide à domicile

Le plan d'action est structuré autour de 6 axes traduisant les orientations du Département élaborées en lien avec les SAAD de l'Aveyron.

Axe 1 : Adapter l'offre aux nouveaux enjeux et aux nouveaux besoins

Axe 2 : Maintenir la couverture territoriale et réduire les zones de tension

Axe 3 : Améliorer la qualité de prise en charge à domicile

Axe 4 : Renforcer la coordination et les partenariats autour de l'aide à domicile

Axe 5 : Interroger le modèle économique

Axe 6 : Piloter la mise en œuvre et l'évaluation du schéma

Axe 1 : Adapter l'offre aux nouveaux enjeux et aux nouveaux besoins

Thématique 1 : Soutenir la diversification des activités pour répondre aux nouveaux besoins	
Action n° 1 : Mettre en place un système de veille et de prospective pour connaître l'évolution des besoins	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Selon les prévisions de l'INSEE, la part de personnes âgées en Aveyron s'élèvera à 39 % de la population totale en 2040 avec notamment une forte hausse de la part de personnes âgées de 70 à 80 ans. Les besoins et les attentes des nouvelles générations de personnes âgées seront peut-être différents de ceux de la génération actuelle. Par ailleurs, la loi ASV ouvre des perspectives de champs d'intervention diversifiés pour les SAAD (aidants, prévention, aides techniques, habitat regroupé, logements adaptés ...)</p> <p>De plus, l'orientation majeure vers une politique de maintien à domicile va avoir un impact qualitatif sur les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile. Les acteurs anticipent ainsi une plus grande dépendance au domicile. De plus, ils constatent une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs ou psychiques.</p> <p>Plusieurs instances du territoire (ex : MAIA, Observatoire des fragilités, etc.) réalisent des travaux de veille et de prospective sur les besoins.</p> <p>Les SAAD expriment le besoin d'être mieux informés des actions et des réflexions en cours. Il s'agit d'instaurer une communication pérenne entre les SAAD et les acteurs du domicile.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile (en lien avec l'axe 4, thématique 3 du schéma-Autonomie) • Renforcer les outils de définition et de mise en œuvre de la politique de maintien à domicile • Adapter l'offre des SAAD aux besoins des personnes à domicile
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place d'un outil de synthèse des besoins et de leur évolution (en lien avec la mise en place de l'observatoire prévue dans la fiche 4.3.1 du schéma Autonomie) • Le développement d'un échange structuré entre les SAAD et le Département autour des besoins repérés
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Recenser les outils de recueil des besoins existants.</p> <p>Sélectionner les données et informations pertinentes à suivre (de manière informatisée)</p> <p>Mettre en place une procédure de recueil, de compilation et d'analyse des données</p> <p>Prévoir la diffusion et les modalités d'échange sur les données recueillies</p> <p>Mettre en place un temps d'échange annuel avec l'ensemble des SAAD (en lien avec la fiche-action 4.1.1)</p> <p>Evaluer le fonctionnement du système de veille et de prospective</p>
Acteurs partenaires et associés	<p>La MDPH</p> <p>La MSA, la CARSAT et le RSI (notamment l'observatoire des fragilités)</p> <p>L'ARS</p> <p>MAIA, Points info senior, équipes médico-sociales APA</p> <p>SSIAD, Ordre des médecins</p> <p>L'ensemble des SAAD du département</p>
Programmation	2019 -2022
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure de recueil et d'analyse des données • Evaluation qualitative des acteurs sur les besoins recensés

Thématique 1 : Soutenir la diversification des activités pour répondre aux nouveaux besoins	
Action n° 2 : Soutenir des expérimentations sur de nouvelles offres	
Pilote	SAAD (force de proposition via CPOM notamment, pour des initiatives hors procédure d'appel à projet) Département
Diagnostic / Constats	<p>L'offre des SAAD est peu diversifiée : 68 % des heures réalisées sont financées par les prestations du Conseil départemental (les autres financeurs étant les caisses de retraite, la Caf, les mutuelles et les usagers).</p> <p><i>Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires de la PCH a augmenté de 50 % entre 2010 et 2016. Le nombre de bénéficiaires de l'APA diminue entre 2014 et 2016 en raison du creux démographique. Les projections de l'Omphale prévoient une augmentation de la part de personnes âgées qui devrait atteindre 39 % de la population aveyronnaise en 2040. Les acteurs anticipent une augmentation de la dépendance des personnes au domicile (choix du maintien à domicile). De plus ils constatent d'ores-et-déjà une augmentation des besoins notamment liés aux troubles cognitifs et psychiques (dont maladies neurodégénératives).</i></p> <p>La plupart des autres prestations proposées par les SAAD se concentrent sur le transport accompagné et les services « Enfance famille ». Suivent des actions consacrées à la distribution de repas pour les personnes âgées et personnes handicapées. Enfin, quelques actions portent sur des petits travaux.</p> <p>La diversification de l'offre constitue un moyen pour les SAAD d'être moins dépendants des prestations versées par le Département.</p> <p>Enfin, les SAAD souhaitent être associés à la mise en place d'un dispositif de « baluchonnage/relayage » sur le Département.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité d'innovation au sein des SAAD • Développer de nouvelles offres pour répondre aux besoins • Permettre aux SAAD de diversifier leur activité
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Une plus grande autonomie des SAAD quant à leur activité vis-à-vis des prestations départementales • L'élaboration et le partage de méthodes d'expérimentation et d'essaiage • L'expérimentation du « baluchonnage/relayage » • Le développement d'offres nouvelles et innovantes (ex : dispositif pour fluidifier les sorties d'hospitalisation, garde de nuit, soutien aux aidants, etc.)
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Mettre en place des temps d'échange entre SAAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autour des besoins identifiés (cf. fiche-action 1.1.1) • Sur l'évaluation et le partage d'expérience sur des dispositifs innovants (ex : SPASAD) <p>Faire circuler l'information auprès de l'ensemble des SAAD autour des innovations existantes et des évolutions législatives ainsi que sur des expérimentations menées dans d'autres territoires</p> <p>Mettre en place une expérimentation sur le « baluchonnage/relayage » avec les acteurs volontaires d'un territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre les évolutions législatives et notamment les possibilités en termes de droit du travail • Identifier les besoins du territoire • Suivre et évaluer l'expérimentation • Restituer les résultats de l'expérimentation dans le cadre du système de veille et de prospective <p>Mettre en place, en fonction de l'évolution des besoins, des appels à projet pour soutenir le</p>

	financement d'expérimentation et de l'essaiage, en lien avec les autres acteurs (notamment l'ARS) Valoriser, le cas échéant, les propositions faites par les SAAD dans le cadre des CPOM
Acteurs partenaires associés et	La MDPH L'ARS L'ensemble des SAAD du département Les porteurs de projet
Programmation	2018 (CPOM) et tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'heures réalisées par chaque SAAD financées par des prestations départementales • Nombre d'expérimentations développées par les SAAD • Nombre d'expérimentations ayant permis un essaiage

Thématique 2 : Positionner les SAAD comme un des acteurs majeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Action n° 1 : Inciter les SAAD à proposer des actions de prévention de la perte d'autonomie

Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>La loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015 met l'accent sur l'adaptation de l'environnement des personnes âgées, l'anticipation et la prévention afin de réduire les risques évitables et de favoriser le bien vieillir à domicile. Elle prévoit dans son article 3 la mise en place d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). L'un des axes d'action de la CFPPA prévu par la loi est la coordination et l'appui des actions de prévention des services d'aide et de soins à domicile : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD).</p> <p>Les actions collectives de prévention portées par les SAAD sont éligibles aux appels à projets de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le maillage de l'offre d'actions de prévention en proximité des personnes âgées • Favoriser l'accès des personnes aux actions de prévention • Renforcer l'intégration des SAAD dans le réseau des acteurs de prévention • Développer des partenariats entre les SAAD et de nouveaux acteurs (ex : centres sociaux, club senior, etc.)
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Un développement du nombre d'actions de prévention existantes sur le territoire • Le développement d'une offre de proximité, notamment dans les territoires ruraux et isolés • L'impulsion par les SAAD d'une dynamique partenariale au niveau local • Un renforcement du nombre de partenariats formalisés avec les SAAD
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Inciter et accompagner les SAAD à construire des actions collectives de prévention éligibles aux crédits de la CFPPA ou à d'autres financements.</p> <p>Sensibiliser les acteurs de la prévention (points info senior, centres sociaux, clubs du 3^{ème} âge) à l'opportunité d'associer les SAAD dans l'élaboration d'actions de prévention.</p> <p>Mettre en place des actions de prévention communes à plusieurs SAAD d'un territoire impliquant d'autres acteurs en lien avec la fiche-action 4.1.2.</p>
Acteurs et partenaires associés	<p>La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie</p> <p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>Points info seniors, plateforme de répit, équipes spécialisées Alzheimer, Département (Maisons des solidarités départementales)</p> <p>Acteurs du sanitaire : Maison de santé, Médecins, SSIAD ...</p> <p>Les associations et porteurs de projet</p>
Programmation	A compter de 2018, et tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actions collectives mise en œuvre par les SAAD et financées par la CFPPA

Thématique 2 : Positionner les SAAD comme un des acteurs majeurs de la prévention de la perte d'autonomie	
Action n° 2 : Intégrer les SAAD dans les dispositifs de repérage des fragilités	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>L'Anesm a proposé une grille de repérage des fragilités qui peut être facilement utilisée par les intervenants des SAAD. Cependant, cet outil est peu connu et utilisé par les professionnels de terrain.</p> <p>Le développement d'un outil d'appréciation des situations de fragilité, qui pourrait être utilisé par l'ensemble des professionnels de terrain, permettrait d'harmoniser les pratiques et d'anticiper des situations complexes. Ce dernier pourrait également être un indicateur pour les professionnels dans l'identification des situations qui nécessitent un passage du domicile vers un établissement. Dans le cadre du repérage des situations de fragilité, le lien avec les acteurs de la prévention (résidence autonomie, Département (maisons des solidarités départementales,) point info sénior, association, CCAS, les centres sociaux) doit également être développé.</p> <p>Le travail sur le circuit de l'information est important également avec la mise en place d'une procédure partagée sur la transmission de l'information d'une fragilité repérée. En effet, aujourd'hui plusieurs acteurs sont actifs sur le territoire et les professionnels de terrain n'ont pas toujours connaissance du champ de compétence de chacun d'eux</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à diffuser la culture du repérage de la fragilité • Structurer le repérage des fragilités sur le territoire • Renforcer l'intégration des SAAD dans le réseau des acteurs de prévention • Fluidifier les parcours et limiter les ruptures
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Le déploiement de l'outil de repérage auprès des SAAD • Une amélioration du repérage des situations de maltraitance et de la capacité de suivre les indicateurs • La mise en place d'une procédure de recueil et de prise en compte des remontées des SAAD, en lien avec les instances du schéma départemental des majeurs vulnérables
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Recenser les outils de repérage existants et ceux utilisés par les différents acteurs.</p> <p>Evaluer collectivement les outils au sein du partenariat et éventuellement les adapter aux besoins de repérage</p> <p>Recenser les procédures de repérage et de suivi des situations de fragilité ou des informations préoccupantes existantes</p> <p>Identifier un outil commun et partagé</p> <p>Mettre en place une procédure partagée de recueil, de suivi et de traitement des situations de fragilités repérées (incluant d'informer le SAAD sur les suites données)</p> <p>Former les intervenants au domicile, les responsables de secteur et les autres acteurs du terrain à l'utilisation des outils</p> <p>Mettre en place les outils de suivi statistique des remontées notamment intégrer une nomenclature des suites données aux situations signalées</p> <p>Evaluer l'utilisation et l'appropriation de l'outil et des procédures de manière partenariale</p> <p><i>Rappeler la procédure de recueil des informations préoccupantes</i></p>
Acteurs et partenaires associés	<p>La MDPH, l'ARS</p> <p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>Département : unité protection des majeurs, maisons des solidarités, DPAPH, équipes médico-sociales APA et Assistants Sociaux Généralistes</p> <p>Points info seniors, MAIA, SSIAD, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)</p> <p>Observatoire des fragilités</p>
Programmation	CPOM (2018) : mise en œuvre 2018-2020
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de SAAD utilisant l'outil de repérage

d'évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Evolution du nombre de situations de fragilité repérées et du nombre de situations repérées par SAAD• Evolution des suites données (ex : taux de transmission à un partenaire, taux de révision du plan d'aide, taux d'hospitalisation, taux d'entrée en établissement, taux de signalement, etc.)• Evaluation qualitative par les acteurs de la mise en place de la procédure (clarté de la procédure, clarté des rôles des acteurs, fluidité de transmission de l'information, etc.)• Nombre de SAAD engagés dans la démarche
---------------------	--

Thématique 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre	
Action n° 1 : Faire connaître l'offre des services d'aide à domicile	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Le nombre important de services intervenant sur certaines zones peut compliquer la connaissance de l'offre pour les usagers et pour les professionnels.</p> <p>Le libre-choix de l'utilisateur est primordial. La transparence et la lisibilité de la palette de services offerts par les structures doit soutenir la possibilité de ce libre-choix.</p> <p>Pour les professionnels, il est parfois difficile de savoir quelle est la spécificité de l'offre des différentes structures (par exemple intervention de nuit, coucher tardif, etc.) ou même de connaître quel service intervient sur une commune donnée. Une meilleure connaissance de l'offre ouvre les possibilités de coopération entre les services, notamment pour les interventions les dimanches, pour les gardes de nuit ou pour les astreintes.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir le libre choix de l'utilisateur • Améliorer la lisibilité de l'offre pour les usagers • Améliorer la connaissance des services et de leurs offres par les autres acteurs, notamment le Département et ses territoires d'action sociale ainsi que les autres acteurs du champ de la gérontologie et du handicap • Disposer d'un outil listant les structures existantes et présentant l'offre de service proposée de manière territorialisée
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place d'un outil listant les structures existantes et présentant l'offre de service proposée de manière territorialisée (sans doubler avec d'autres outils) en lien avec les fiches-action 1.3.2 et 3.1.1
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Etablir une nomenclature de l'offre de service et l'affiner avec les SAAD (ex : horaires d'intervention, type de tâches réalisées, etc.)</p> <p>Recenser l'offre proposée par les différents services et alimenter l'outil</p> <p>Identifier les territoires d'intervention réels des différents services</p> <p>Formaliser un outil de communication à destination des usagers et des professionnels du territoire</p> <p>Actualiser la grille régulièrement</p>
Acteurs et partenaires associés	<p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>Département : Maisons des solidarités départementales</p> <p>Les Points Info Séniors, les MAIA</p> <p>L'ARS</p> <p>MDPH</p>
Programmation	2019-2020
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de l'outil • Diffusion d'un outil adapté de connaissance de l'offre et des structures existantes

Thématique 3 : Améliorer la lisibilité de l'offre	
Action n° 2 : Mettre en place un document unique de présentation des coûts aux usagers	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Les acteurs constatent une grande variabilité dans la présentation des informations par les SAAD lors de l'élaboration de devis et parfois un manque de lisibilité qui peut mener à une incompréhension de la facture par l'utilisateur par rapport au devis (facturation d'intervention de nuit ou le dimanche, facturation de kilomètres supplémentaires, etc.).</p> <p>Le cahier des charges national (décret 2016-502) prévoit la présentation des prix, le détail des frais annexes, le taux horaire ou le prix forfaitaire ainsi que les éventuels avantages fiscaux.</p> <p>Les SAAD ont, des pratiques très différentes sur la facturation des heures non-réalisées en cas d'absence d'un bénéficiaire. Par exemple, le délai de prévenance varie. Or, la planification est chronophage pour les SAAD (notamment avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires). De plus, la planification doit être maîtrisée afin de limiter les charges, d'optimiser les kilomètres et générer la satisfaction des intervenants. Plusieurs structures recrutent des profils de logisticien pour organiser la planification.</p> <p>L'information des bénéficiaires est importante pour favoriser la compréhension de l'offre, et contribuerait au libre choix (possibilité de comparer les offres).</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la lecture et la compréhension des devis par les usagers • Informer l'utilisateur des différents coûts pris en charge (par les prestations, par lui-même, par les subventions et modalité de rattrapage des déficits, etc.) • Favoriser le libre choix de l'utilisateur.
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La présentation des prix dans l'outil de recensement de l'offre (cf. fiche-action 1.3.1) • L'utilisation d'une grille commune et partagée de présentation des prix • La diffusion d'un cadre de référence sur la facturation des heures non-réalisées en cas d'absence des bénéficiaires
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Mettre en place plusieurs temps de travail avec les SAAD pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablir une nomenclature des coûts pouvant être facturés aux usagers et partager un vocabulaire commun • Recenser les pratiques existantes en matière de facturation • Elaborer une grille de présentation des prix <p>Joindre la grille complétée à l'outil listant les structures existantes et la présentation de l'offre (fiche-action 1.3.2)</p> <p>Elaborer un cadre départemental sur la facturation des heures en cas d'absence du bénéficiaire</p> <p>Actualiser la grille de manière régulière</p>
Acteurs et partenaires associés	Ensemble des SAAD du département
Programmation	Action déclinée dans les CPOM (2018) puis durée du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une grille commune présentant les prix • Fréquence de la mise à jour de l'outil en fonction des évolutions tarifaires • Existence d'un cadre départemental sur la facturation des heures non-réalisées

Axe 2 : Maintenir la couverture territoriale et réduire les zones de tension

Thématique 1 : Développer une culture de travail en partenariat entre SAAD, limiter les zones de tension et améliorer la continuité de service	
Action n° 1 : Développer et partager la réalisation d'actions en commun, dont les formations collectives	
Pilote	Les SAAD volontaires
Diagnostic / Constats	<p>Les relations entre les SAAD sont peu développées. Les services estiment qu'ils partagent des besoins communs, par exemple sur la formation, auxquels ils pourraient répondre de manière mutualisée.</p> <p>L'évolution des besoins d'aide à domicile, notamment l'évolution des pathologies (ex : troubles cognitifs) et l'accroissement de la dépendance, est partagée par l'ensemble des services.</p> <p>Les services souhaitent également mieux se connaître et amorcer un travail en partenariat de manière concrète.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la connaissance et le travail entre les différents services d'aide à domicile • Soutenir la mise en place d'actions innovantes permettant un travail en partenariat • Favoriser la connaissance et le partage de pratiques entre les intervenants des différents services • Optimiser la réponse aux besoins communs des services
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de formations communes sur certaines thématiques partagées • Le travail en partenariat sur le recensement des besoins, le montage de dossiers de demande de formation et de projets, etc. • Le développement d'actions communes soit autour de situations soit sur la politique de maintien à domicile
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Recenser les besoins de formation des différents SAAD et identifier les besoins partagés</p> <p>Travailler avec les OPCA (CNFPT, AGEFOS PME, Uniformation, etc.) sur la possibilité de financer une formation commune</p> <p>Envisager la mise en place des formations collectives en proximité en assurant des effectifs de groupe suffisants (dont formation avec d'autres acteurs du médico-social : EHPAD par ex)</p> <p>Mettre en place des évaluations de la satisfaction des professionnels formés et des coûts de mise en œuvre de l'action</p> <p>Partager l'évaluation des formations et travailler à l'amélioration du dispositif</p> <p>Accompagner les SAAD sur la mise en place de coopération autour de situation (exemple : partage d'intervention) ou sur le soutien aux professionnels (ex : échanges de pratiques entre professionnels)</p>
Acteurs partenaires associés et	<p>Les organismes paritaires collecteurs agréés</p> <p>Les organismes de formation</p> <p>Le Département</p> <p>La Région</p> <p>Les acteurs de la formation</p>
Programmation	Tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations communes réalisées • Evaluation qualitative sur la satisfaction des professionnels formés.

Thématique 1 : Développer une culture de travail en partenariat entre SAAD, limiter les zones de tension et améliorer la continuité de service

Action n° 2 : Accompagner les rapprochements, mutualisations et regroupements pour limiter les zones de tension et améliorer la continuité de service

Pilote	Les SAAD volontaires
Diagnostic / Constats	<p>L'état des lieux montre que certaines zones de tension existent avec une forte concentration de SAAD intervenant sur une commune. Les 19 communes où 4 SAAD ou plus interviennent sont concentrées autour des zones urbaines (dont notamment Villefranche, Decazeville, Saint Affrique). Ces zones ne sont pas nécessairement celles où la part de personnes âgées est la plus élevée. Dans ces zones, des effets négatifs de la concurrence sont constatés notamment en termes d'activité (diminution du nombre d'heure corrélée à une augmentation du coût unitaire).</p> <p>Le Département peut dorénavant choisir d'autoriser ou non de nouveaux services. Plusieurs demandes ont déjà été déposées</p> <p>Les relations entre les SAAD sont peu développées. C'est davantage la question de la concurrence qui est spontanément évoquée à travers le diagnostic. Il existe peu de regroupements ou coopérations (ex : GCSMS) dans le département qui comprennent, entre autres dispositifs, des services d'aide à domicile. Certains SAAD appartenant à une fédération mettent en place des actions mutualisées et partagent certaines fonctions support.</p> <p>Par ailleurs, certains services plus spécialisés pourraient être des centres ressources pour les autres SAAD (ex : certains handicap, autisme).</p> <p>Certains SAAD du département présentent des taux d'encadrement supérieurs aux préconisations de l'IGAS. Les coûts sont impactés par des taux d'encadrement élevés, la mutualisation peut contribuer à optimiser la gestion. Toutefois, certains identifient un effet de seuil sur la faisabilité et la rentabilité des logiques de mutualisation ou coopération.</p> <p>Les SAAD font également état de leur difficulté à gérer des plannings mouvants entre autres à cause des absences ou des problèmes rencontrés par les intervenants avec leurs véhicules (impossibilité de se déplacer chez les bénéficiaires). Certains envisagent la mise en place de pool de remplacements afin d'assurer la continuité de service.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les zones de tension • Améliorer la continuité de service et son efficience
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Rapprochements, mutualisations et regroupements dans les zones de tension • Expérimentations de mutualisation de fonctions supports, de pool de remplacements, de flottes de véhicules
Modalités de mise en œuvre de l'action	Accompagner les initiatives au sein des CPOM
Acteurs et partenaires associés	Département
Programmation	CPOM (2018) puis durée du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de zones de tension • Nombre d'expérimentations de mutualisation mises en œuvre • Nombre d'emplois mutualisés

Thématique 2 : Assurer la pérennité du secteur	
Action n° 1 : Fixer des critères de référence pour assurer la pérennité du secteur	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Actuellement l'ensemble du département de l'Aveyron est couvert par des SAAD.</p> <p>Une concentration des SAAD est constatée en zone urbaine, notamment à Villefranche-de-Rouergue (plus de 10 SAAD intervenant sur l'EPCI), mais notamment aussi autour de Decazeville, Saint-Affrique.</p> <p>Sur les communes où 4 SAAD et plus interviennent, la concurrence a un effet négatif, à la fois sur l'évolution du nombre d'heures de prestation payées qui diminue pour certains SAAD et sur l'évolution du bilan financier des SAAD.</p> <p>Les acteurs ont exprimé le besoin de définir des territoires d'intervention afin d'améliorer la lisibilité de l'offre et de garantir la viabilité économique des SAAD.</p> <p>La définition d'un seuil sur le nombre de SAAD autorisés à intervenir sur le territoire doit éviter un nombre de SAAD trop important ne permettant pas d'assurer un seuil de viabilité minimal aux structures.</p> <p>La définition de critères objectifs de fixation de ces seuils est un prérequis essentiel. Les éléments identifiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Populationnels : un seuil d'habitants (ex : 15 000 habitants), la densité de population - Géographiques : un bassin de vie, un EPCI - Liés à la gestion des SAAD : un ratio entre le dimensionnement du SAAD et le nombre d'usagers pris en charge (dont évolution démographique à prévoir), l'optimisation des coûts de déplacement <p>La définition de territoires d'intervention qui ne soient pas trop petits est importante pour assurer un volume d'activité suffisant.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les éléments objectifs permettant de définir un territoire d'intervention optimal, d'assurer la pérennité et la continuité de prise en charge par les services • Préparer la négociation sur les territoires d'intervention dans le cadre des CPOM • Etudier les nouvelles demandes d'autorisation en prenant en compte les constats sur les zones de tension et les critères de référence pour la pérennité du secteur. • Intégrer les territoires d'intervention dans les arrêtés d'autorisation
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Un document de référence listant de manière pondérée les critères à prendre en compte dans la définition de territoire d'intervention • Un travail en partenariat avec les différents acteurs (notamment en lien avec l'ARS) pour assurer une couverture territoriale coordonnée avec les autres acteurs (ex : MAIA, SSIAD, ESA, etc.)
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Capitaliser sur les audits et autodiagnostic réalisés par les services ainsi que sur les critères utilisés par les SAAD autorisés dans la définition de leur zone d'intervention.</p> <p>Tenir compte des typologies de territoire (urbain, semi-urbain, rural de plaine et rural de montagne)</p> <p>Mettre en place des groupes de travail pour échanger et partager sur les critères à définir.</p> <p>Prendre connaissance des critères utilisés par d'autres Départements.</p> <p>Définir les critères de référence et les formaliser dans un document soumis au vote de l'Assemblée Départementale</p> <p>Mettre à jour les arrêtés d'autorisation pour les SAAD concernés par des renouvellements</p> <p>Intégrer ces critères dans les CPOM</p>
Acteurs et partenaires associés	<p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>L'ARS</p>
Programmation	CPOM et tout au long du schéma

Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Existence d'un document de référence adopté par l'Assemblée Départementale• Utilisation des critères dans l'élaboration des CPOM et des arrêtés d'autorisation• Nombre d'autorisations mises à jour
-------------------------------------	---

Axe 3 : Améliorer la qualité de prise en charge à domicile

Thématique 1 : Développer les échanges entre les prescripteurs (Département et MDPH) et les SAAD opérateurs	
Action n° 1 : Améliorer la réalisation du plan d'aide prescrit et l'échange d'informations sur les situations des bénéficiaires d'une prestation financée par le Département	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Les SAAD n'ont pas connaissance du plan d'aide systématiquement ou ne l'ont pas de manière formalisée. Souvent le bénéficiaire n'est d'ailleurs pas en capacité de le transmettre au SAAD (papier perdu par exemple...). Les équipes médico-sociales APA et la MDPH élaborent des plans d'aide détaillés en précisant les activités à réaliser. La transmission de cette information aux SAAD paraît essentielle pour assurer le respect de la prescription réalisée et pour répondre aux besoins de la personne dans le cadre du projet de vie individualisé d'aide et d'accompagnement en particulier.</p> <p>Par ailleurs, les SAAD sont en difficulté pour qualifier les actions réalisées au domicile. Tous les organismes et structures n'utilisent pas nécessairement les mêmes termes. Le travail de suivi des activités réalisées n'est donc pas aisé, que ce soit pour les partenaires des SAAD intervenant auprès d'un bénéficiaire ou pour le Département afin de mieux connaître les activités financées par ses prestations APA, PCH et AM.</p> <p>Enfin, les SAAD constituent un des acteurs du maillage territorial autour du domicile. Ils sont ainsi en position de repérer l'évolution globale des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.</p> <p>En tant qu'opérateurs de l'aide à domicile, ils peuvent également constater une évolution des besoins des personnes qu'ils accompagnent. Ils peuvent ainsi être amenés à signaler la dégradation d'une situation, la nécessité d'une révision.</p> <p>Ils peuvent aussi apporter des éléments intéressants pour l'évaluation des professionnels du Département ou de la MDPH par rapport à un accompagnement déjà réalisé.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser l'intervention au domicile au titre des prestations départementales • Favoriser la réalisation des plans d'aide notifiés • Limiter la requalification des plans d'aide • Fluidifier la transmission du résultat de l'évaluation aux SAAD • Favoriser les échanges entre les SAAD, le Département et la MDPH
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion d'un vocabulaire commun basé sur des exemples concrets pour qualifier la nature de l'intervention • La capacité de connaître et de mesurer les activités réalisées au domicile de manière agrégée • Transmission aux SAAD de la qualification du plan d'aide au titre des prestations départementales
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Organiser une réunion d'échange sur la nature des interventions au titre des prestations départementales (rappel du cadre réglementaire et présentation de l'offre des SAAD)</p> <p>Partager un vocabulaire commun entre le Département, la MDPH et les SAAD sur la nature des interventions financées au titre des prestations départementales</p> <p>Formaliser un document de référence sur la nature des interventions</p> <p>Transmettre les plans d'aide APA et PCH à l'ensemble des SAAD en s'appuyant sur les outils existants (ex : télégestion)</p> <p>Présenter le document et mettre en place des ateliers d'appropriation auprès des intervenants au domicile</p> <p>Mettre à jour les cahiers de liaison pour utiliser le vocabulaire harmonisé (à inscrire dans les CPOM)</p> <p>Définir le contenu, les objectifs et les circuits d'échange d'informations sur les plans d'aide et la</p>

	situation de dépendance des bénéficiaires entre le Département, la MDPH et les SAAD
Acteurs et partenaires associés	L'ensemble des SAAD du département Les équipes médico-sociales APA, la MDPH Pour la diffusion : les professionnels du domicile (dont acteurs sanitaires)
Programmation	2019-2020
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un document de référence présentant les natures d'intervention • Mise en place dans le cadre des CPOM de cahiers de liaison utilisant le vocabulaire harmonisé • Nombre de situations pour lesquelles des informations ont été transmises par les SAAD • Existence d'un protocole d'échange d'informations

Thématique 1 : Développer les échanges entre les prescripteurs (Département et MDPH) et les SAAD opérateurs	
Action n° 2 : Disposer d'un outil pédagogique de présentation de l'APA, de la PCH et de l'aide-ménagère à destination des usagers	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	Les SAAD peuvent être en difficulté pour mettre en œuvre le plan d'aide préconisé. En effet, ils font face à des demandes des bénéficiaires qui ne correspondent pas au plan d'aide prescrit par le Département (utilisation de la PCH pour réaliser de l'aide-ménagère, utilisation de l'ensemble du plan d'aide APA pour de l'aide-ménagère). Cette requalification des tâches réalisées par les intervenants au domicile peut contribuer à la faible valorisation du travail des intervenants.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter à l'usager le périmètre de la prestation à laquelle il a droit • Mettre en place un outil pour soutenir les SAAD dans la réalisation du plan d'aide prescrit • Limiter la requalification des plans d'aide
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La communication d'une présentation du contenu de la prestation à l'usager • Sécuriser l'intervention au domicile au titre des prestations départementales
Modalités de mise en œuvre de l'action	Elaborer un document de présentation de chacune des prestations financées par le Département (principe, objectif, tâches financées, limites d'intervention, droit des usagers) en lien avec la fiche-action 1.3.1 Etudier les modalités de diffusion les plus adaptées
Acteurs et partenaires associés	L'ensemble des SAAD du département La MDPH et les équipes médico-sociales APA
Programmation	2019 - 2020
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un outil pédagogique de présentation des prestations • Evaluation qualitative des SAAD sur les apports de l'outil dans leur quotidien de travail au domicile (compréhension des familles, meilleur respect de la nature des interventions, liaisons avec la MDPH ou la MSD, etc.)

Thématique 1 : Développer les échanges entre les prescripteurs (Département et MDPH) et les SAAD opérateurs	
Action n° 3 : Accompagner les SAAD dans la mise en œuvre du cahier des charges national, et s'assurer de son respect.	
Pilote	Département et MDPH
Diagnostic / Constats	<p>Le décret 2016-502 du 22 avril 2016 définit un cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce cahier des charges fixe les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services autorisés.</p> <p>L'ensemble des SAAD doit s'approprier le cahier des charges, identifier les conditions déjà remplies et celles pour lesquelles doit être envisagé une évolution de l'organisation ou du fonctionnement.</p> <p>Le Département, dans le cadre de son rôle d'autorisation de SAAD doit veiller au respect du cahier des charges.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le respect du cahier des charges par l'ensemble des SAAD du département • Renforcer la démarche-qualité des SAAD • Intégrer le cahier des charges dans les démarches de contrôle qualité de la part du Département • Pour les SAAD concernés par un CPOM : intégrer dans le cadre de l'élaboration des CPOM les objectifs du cahier des charges
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place d'un outil de diagnostic sur le respect du cahier des charges favorisant une compréhension commune des attentes • La capacité de connaître et de suivre, pour chacun des SAAD, le respect des exigences du cahier des charges
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Elaborer un outil de diagnostic et de suivi du respect du cahier des charges en lien avec les SAAD et intégrer ces données à l'auto-diagnostic dans le cadre des CPOM</p> <p>Pour chaque SAAD, mettre en place un plan d'action (dont calendrier) pour organiser le respect des exigences à l'issue de la réalisation du diagnostic.</p> <p>Accompagner les SAAD dans la mise en place de formations pour les encadrants (éventuellement mutualisées entre plusieurs SAAD du département) en lien avec la fiche-action 2.1.2</p> <p>Mettre en place des contrôles de la qualité et du respect du cahier des charges auprès des différents SAAD autorisés, en amont de l'examen du renouvellement de l'autorisation et à échéance régulière ; notamment à travers les CPOM pour les SAAD concernés.</p>
Acteurs et partenaires associés	L'ensemble des SAAD du département
Programmation	CPOM (2018) puis tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un outil de suivi du respect du cahier des charges • Suivi des mesures correctrices • Nombre de contrôle-qualité réalisés par le Département

Thématique 2 : Soutenir la professionnalisation	
Action n° 1 : Poursuivre la professionnalisation des intervenants et l'adaptation de leurs compétences aux nouveaux besoins	
Pilote	L'ensemble des SAAD du département
Diagnostic / Constats	<p>Le taux de qualification (nombre d'intervenants au domicile diplômés par rapport au nombre d'intervenants total) des SAAD du Département s'élève en moyenne à 30 %. Ce taux de qualification est supérieur à la référence nationale.</p> <p>Les SAAD ont mis en place des efforts de qualification de leurs professionnels. Ce taux est donc considéré globalement suffisant.</p> <p>Différents SAAD considèrent qu'un taux de qualification élevé est une des forces du département de l'Aveyron. L'évolution des besoins des personnes accompagnées renforce le besoin de professionnalisation des intervenants sur le plan des pratiques professionnelles. Toutefois, les difficultés de recrutement, et les salaires limités constituent des freins à la professionnalisation pour les services.</p> <p>Cependant il n'y a pas de corrélation entre la part de bénéficiaires en GIR 1 et 2 et le taux de qualification au sein d'un SAAD. Aussi, si le taux de qualification est suffisant, des mutualisations sont à mettre en place pour s'adapter aux fluctuations d'activité nécessitant l'intervention d'AVS.</p> <p>Pour les SAAD, la professionnalisation diffère de la qualification. Elle renvoie également à la capacité des structures à organiser la transmission des savoirs en interne, à l'offre territoriale de formation ou aux formations continues – non qualifiantes – adaptées aux évolutions de profils et à la diversification de l'offre.</p> <p>La GTEC en cours de réalisation pourra alimenter ces constats et les travaux relatifs à la professionnalisation.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'adéquation entre les besoins et la qualification des intervenants par des solutions de gestion • Mettre en œuvre les formations adaptées aux évolutions du secteur • Assurer la juste mobilisation des intervenants selon les besoins • Renforcer la capacité des SAAD à prendre en charge des situations complexes • Mettre en place des outils de repérage des besoins de professionnalisation en lien avec les plans de formation et de suivi de la réponse aux besoins
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Une corrélation plus forte entre le niveau de dépendance des personnes accompagnées et le niveau de qualification des intervenants • Un repérage précis des besoins de formation sur le département
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Mettre en place des temps de partage de pratiques entre SAAD sur les besoins de formation, les outils d'élaboration des plans de formation (en lien avec les travaux sur le repérage des besoins, cf. fiche-action 1.1.1 et 1.1.2).</p> <p>Mettre en place des temps de réflexion sur deux modèles d'organisation : polyvalence des acteurs ou spécialisation de certains intervenants sur des situations complexes (en lien avec les travaux sur la couverture territoriale, cf. fiche-action 2.2.1).</p> <p>Accompagner l'expérimentation de mutualisations de personnel spécialisé.</p> <p>Participer aux travaux de la Région sur la formation professionnelle dans le secteur médico-social pour relayer les besoins des SAAD du département</p> <p>Mettre en place des temps de pratique, de supervision de manière régulière, au sein de chaque SAAD ou de manière mutualisée.</p> <p>Inclure l'objectif de soutien des pratiques des professionnels dans le cadre des CPOM, notamment à travers des plans pluriannuels de formation.</p>
Acteurs partenaires et associés	<p>Les organismes partenaires collecteurs agréés</p> <p>Les organismes de formation</p> <p>Département</p> <p>Région</p>

Programmation	CPOM (2018) et tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du rapport entre le taux de qualification des SAAD et le niveau de dépendance de leurs bénéficiaires (GIR 1 et 2) pour chaque SAAD • Nombre de participants aux réunions d'analyse de pratiques ou de supervision (pour chaque SAAD) • Nombre de CPOM intégrant cette action

Thématique 2 : Soutenir la professionnalisation	
Action n° 2 : Accompagner la montée en compétence des encadrants de proximité	
Pilote	L'ensemble des SAAD du département
Diagnostic / Constats	Le cahier des charges national établit des niveaux de formation minimaux pour les encadrants de proximité (responsables de secteur ou cadres intermédiaires). Les SAAD considèrent que le management de proximité représente l'élément essentiel pour permettre la mobilisation par les intervenants de leurs compétences. La dimension organisationnelle et managériale constitue également un levier important en matière de bonne gestion du service (capacité d'optimiser les plannings, d'assurer l'adéquation entre l'offre de service et les besoins des personnes, capacité de fidéliser les professionnels, etc.)
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les exigences du cahier des charges national • Favoriser l'amélioration de la gestion des SAAD et des ressources humaines
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Une augmentation du taux de qualification des encadrants de proximité en adéquation avec les exigences du cahier des charges • L'amélioration de l'organisation des SAAD et le renforcement du rôle joué par les encadrants de proximité dans la coordination et le suivi de la qualité
Modalités de mise en œuvre de l'action	Pour chaque SAAD, évaluer le niveau de qualification actuel des encadrants de proximité Recenser les besoins de montée en compétences notamment ceux partagés par plusieurs SAAD Mettre en place des temps d'échange de pratiques sur différentes thématiques en fonction des besoins et diffuser de bonnes pratiques Mettre en place des formations adaptées
Acteurs et partenaires associés	L'ensemble des SAAD du département Les organismes paritaires collecteurs agréés Les organismes de formation Le Département, l'ARS
Programmation	CPOM (2018)
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du taux de qualification des encadrants de proximité • Nombre de CPOM intégrant cette action

Axe 4 : Renforcer la coordination et les partenariats autour de l'aide à domicile

Thématique 1 : Animer le réseau et dynamiser la communication entre les acteurs de terrain, le Département et les SAAD	
Action n° 1 : Améliorer la connaissance entre acteurs du domicile et sur le champ d'intervention de chacun	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Il existe de nombreux acteurs du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dont des acteurs polyvalents avec des territoires restreints, des acteurs spécialisés disposant de compétences spécifiques (ergothérapeute, psychologue, infirmier, etc.) couvrant des territoires plus larges.</p> <p>Pour les professionnels, il est important de ne pas doubler les actions et de ne pas démultiplier les acteurs.</p> <p>La MAIA a mis en place une « boîte à outils » pour que les professionnels puissent se connaître. Les SAAD ressentent le besoin d'améliorer la connaissance entre les différents acteurs et le champ d'intervention de chacun. Ils souhaitent clarifier le rôle et les missions des différents acteurs intervenant au domicile pour une meilleure efficacité et plus grande lisibilité sur leurs missions et les opportunités offertes sur le territoire.</p> <p>Par ailleurs, les SAAD déplorent un glissement de tâches des soins vers l'accompagnement (ex : réalisation de toilettes, accompagnement aux rendez-vous médicaux, etc.).</p> <p>De plus, le partage des rôles autour d'une situation est, dans certains cas, flou avec les autres intervenants : il peut y avoir une interrogation sur le service responsable de la coordination (SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD)</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la réponse aux besoins des bénéficiaires et leur orientation vers les structures adaptées • Assurer l'adéquation entre les ressources existantes et les besoins • Développer des coopérations territoriales entre les acteurs pour mutualiser les compétences • Définir les principes d'intervention et les champs d'intervention des différents acteurs • Assurer la coordination des interventions autour d'une situation
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion d'un référentiel des acteurs du domicile présentant leur rôle et leur territoire d'intervention • L'élaboration et la diffusion d'un cadre de référence des principes d'intervention et des limites d'intervention • L'amélioration de la coordination entre les acteurs du domicile
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Articuler le travail avec les outils existants (notamment la boîte à outils des MAIA)</p> <p>Recenser les acteurs du territoire, leurs spécificités et les compétences dont ils disposent (éventuellement plateau technique)</p> <p>Partager les résultats lors des tables tactiques MAIA</p> <p>Elaborer un référentiel départemental ou compléter les outils existants</p> <p>Formaliser et diffuser un document de référence sur les principes et les limites d'intervention auprès de l'ensemble des acteurs.</p> <p>Organiser des rencontres thématiques sous l'égide du Conseil Départemental afin de favoriser la rencontre entre les acteurs et la construction de partenariats en lien avec les rencontres prévues dans le cadre du système de veille et de prospective (cf. fiche-action 1.1.1)</p>
Acteurs partenaires associés	<p>La MDPH, l'ARS, la MSA, la CARSAT</p> <p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>Les MAIA, les Points Info Seniors, les équipes médico-sociales APA</p> <p>Les SAVS, les SAMSAH, les SSIAD et les SPASAD</p> <p>Les acteurs du champ médico-social et sanitaire (établissements et services médico-sociaux,</p>

	établissements de santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
Programmation	Tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un référentiel des rôles et missions des acteurs du domicile • Existence d'un document de référence sur les principes et les limites d'intervention • Evaluation qualitative des acteurs (utilisation des référentiels, renforcement des coopérations et amélioration de l'articulation entre les acteurs).

Thématique 1 : Animer le réseau et dynamiser la communication entre les acteurs de terrain, le Département et les SAAD

Action n° 2 : Renforcer les partenariats

Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>Le renforcement des partenariats est vu par les acteurs comme un moyen de renforcer la professionnalisation des acteurs. Par exemple, pour l'accompagnement d'un cas complexe, l'intervention de plusieurs types de services et de professionnels participe à la diffusion de l'expertise de chacun. De plus, des expérimentations se développent pour permettre une meilleure communication et coordination. Ainsi, la mise en place de SPASAD, le conventionnement entre SAAD et SSIAD, ou plus globalement le développement des conventions avec les professionnels libéraux pourraient constituer des outils de coordination à favoriser.</p> <p>Au-delà de la mise en place d'équipes d'intervention autour d'une situation, le développement de partenariats avec les autres acteurs du territoire peut favoriser la construction d'une réponse globale aux besoins de la personne accompagnée. Par exemple, l'opportunité de mettre en place des partenariats avec des EHPAD ou des accueils de jour a été évoquée : accompagnement des bénéficiaires vers des lieux d'accueil de jour, mise en place d'actions d'animation/prévention en commun, etc.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser les compétences existantes sur le département et favoriser la diffusion de l'expertise de chacun • Favoriser la fluidité du parcours des bénéficiaires • Développer des partenariats de métiers et de territoire
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La formalisation de partenariats entre les SAAD et les autres acteurs du territoire • La mise en place d'actions concrètes dans le cadre de partenariats avec les autres acteurs
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Recenser les partenariats existants entre des SAAD et d'autres acteurs du territoire</p> <p>Diffuser des exemples de conventions de partenariat auprès des SAAD et des autres acteurs</p> <p>Organiser des temps de partage de pratiques et de retour d'expérience sur les partenariats existants, en lien avec les rencontres mises en place dans le cadre du système de veille et de prospective (cf. fiches-action 1.1.1, 1.1.2)</p> <p>Diversifier les partenariats : passerelles entre acteurs (EHPAD, etc...), actions intergénérationnelles, développement social local,</p>
Acteurs et partenaires associés	<p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>Les acteurs du domicile : MAIA, points info senior, équipes médico-sociales APA, SAVS, SAMSAH, SSIAD, SPASAD</p> <p>Les établissements et services médico-sociaux (EHPAD, résidences-autonomie, foyers pour personnes handicapées, accueils de jour, Communautés professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), etc.)</p> <p>Les centres ressources (ex : équipes spécialisées Alzheimer, équipes mobiles, centre ressource autisme, etc.)</p>
Programmation	Tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenariats formalisés avec des conventions • Nombre de projets menés en partenariat • Evaluation qualitative par les SAAD de l'impact des partenariats sur la professionnalisation des intervenants (montée en compétences)

Thématique 1 : Animer le réseau et dynamiser la communication entre les acteurs de terrain, le Département et les SAAD

Action n° 3 : Formaliser et harmoniser les outils entre les professionnels du domicile pour faciliter la communication et la prise en charge

Pilote	Département
Diagnostic / Constats	<p>La coordination entre les acteurs autour d'une situation est essentielle, notamment lorsque celle-ci est complexe ou qu'il s'agit d'un temps de transition. Actuellement, la coordination se met en place au cas par cas.</p> <p>Afin de favoriser une systématisation de la coordination, les acteurs soulignent l'importance d'utiliser et de partager un même outil. En effet, aujourd'hui les professionnels ont des outils qui leurs sont propres ne permettant pas nécessairement la transmission d'information. A ce titre, les SAAD disposent de cahiers de liaison, au domicile des personnes, souvent au format papier. Pour autant ce cahier n'est pas partagé avec les autres intervenants. Il n'est pas non plus informatisé donc l'utilisation des informations pour le suivi des situations n'est actuellement pas possible.</p> <p>La MAIA a développé une fiche « navette » entre le domicile et l'hôpital pour faciliter la transmission d'information entre les professionnels, pour les publics de plus de 75 ans. Cet outil pourrait être une base de travail en vue du développement d'un outil élargi de liaison des interventions quotidiennes pour tous les publics (personnes handicapées et les personnes de 60 ans et plus).</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la fluidité du parcours de l'utilisateur • Améliorer la coordination entre les acteurs (incluant les situations d'absence ou de modification des plannings)
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place et l'utilisation d'un cahier de liaison partagé, entre les acteurs intervenants autour d'une même situation
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Recenser les outils de coordination existants et en projet auprès des acteurs et des institutions (ex de type PAACO développé sur le sanitaire en Nouvelle Aquitaine)</p> <p>Identifier les besoins en matière de partage d'information entre les différents intervenants et identifier les prérequis informatiques d'interopérabilité entre les systèmes d'information utilisés.</p> <p>En lien avec le travail réalisé sur l'harmonisation des cahiers de liaison (cf. fiche-action 3.1.1), définir le contenu de l'outil et les droits d'accès pour les différents types d'utilisateurs</p> <p>Développer et/ou déployer l'outil auprès des SAAD et des autres acteurs</p> <p>Evaluer la mise en œuvre de l'outil</p>
Acteurs et partenaires associés	<p>L'ARS</p> <p>L'ensemble des SAAD du département</p> <p>A minima, les acteurs du domicile : MAIA, Points Info Seniors, équipes médico-sociales APA, SAVS, SAMSAH, SSIAD et SPASAD, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)</p>
Programmation	2019-2020
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un outil informatique partagé entre les acteurs du domicile (à domicile) • Evaluation de l'utilisation de l'outil

Axe 5 : Interroger le modèle économique

L'état des lieux montre que le secteur de l'aide à domicile présente quelques caractéristiques susceptibles de le fragiliser :

- Il existe des zones de tension où plusieurs SAAD sont en concurrence
- Le nombre d'heures réalisées par les services est en baisse entre 2014 et 2016
- Plusieurs SAAD tarifés sont déficitaires en 2016
- Certains ratios de gestion sont au-delà des seuils du secteur.

Les pistes d'action peuvent concerner :

- L'amélioration de la gestion et de la maîtrise des coûts, au travers notamment de la montée en compétences des encadrants (les efforts de formation de ces dernières années ont principalement ciblés le personnel intervenant au domicile)
- Une organisation territoriale optimale (cf. fiche-action 2.3.1)
- L'adaptation du modèle de financement
- La diversification de l'offre dans une logique de réponse aux besoins (et d'innovation) et de pérennité des SAAD (cf. fiches-action 1.1.2 ainsi que 1.2.1)

Lors des tables de concertation, plusieurs leviers ont été identifiés pour **améliorer la gestion et la maîtrise des coûts** :

- Envisager de mettre en place des pools communs de remplaçants ou d'intervenants spécialistes (cf. fiches-action 2.2.1 et 4.1.2)
- Analyser les seuils de faisabilité/rentabilité (en fonction des points d'équilibre, des charges, du poids de la gestion administrative dont l'accueil physique et les plannings...) (cf. fiche-action 2.2.1)
- Diversifier l'offre de services afin d'ajuster l'effectif en fonction des évolutions de l'activité (cf. fiches-action 1.1.2 ainsi que 1.2.1)
- Optimiser la gestion des plannings :
 - o Former les encadrants sur la planification ou envisager l'emploi de logisticien pour la planification (déterminer un seuil de rentabilité),
 - o Réfléchir à des zones d'intervention favorisant d'une part la gestion et d'autre part la qualité du travail pour les intervenants (cf. fiche-action 2.2.1),
 - o Renforcer la professionnalisation de la gestion des plannings,
 - o S'appuyer sur des fournisseurs informatiques (formations, cartographies) pour améliorer les outils de planification.
- Fixer des références et les intégrer comme objectifs dans les CPOMs :
 - o Un taux d'encadrement a minima de 1 ETP pour 20 000 heures,
 - o Un taux d'heures improductives entre 20 et 25%,
 - o Un taux de qualification (maximum ou en lien avec le GMP du SAAD),
 - o Un indicateur de km par heure de prestation.

Lors des tables de concertation, plusieurs leviers ont été identifiés pour définir un **modèle de financement pérenne, tout en prenant en compte le contexte budgétaire contraint de la collectivité**. L'augmentation du tarif, si elle est un souhait exprimé par les SAAD, outre la contrainte budgétaire, comporte également ses limites (ex. autolimitation par l'utilisateur) et risque d'entraîner une baisse mécanique de l'activité (cercle non-virtueux) ; en particulier dans les secteurs géographiques en tension où les SAAD sont nombreux.

Des pistes de **valorisation de certaines missions d'intérêt général** sont envisagées :

- Valoriser la coordination,
- Valoriser les interventions en secteurs isolés.

La réflexion sur le modèle économique est nationale et intégrée aux axes stratégiques de plusieurs Fédérations. Dans le cadre du schéma, l'objectif est de pérenniser le secteur :

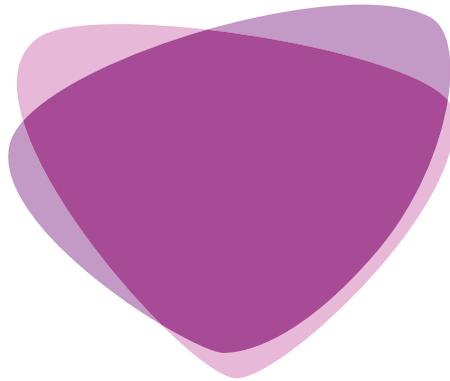
- en confortant les acteurs,
- en assurant la viabilité économique à long terme,
- et en maintenant une qualité de prise en charge sur le long terme et sur l'ensemble du département.

Pour les SAAD autorisés et tarifés, les CPOMs constitueront le levier de mise en œuvre du schéma. A travers, d'une part les évolutions portées par les SAAD pour transformer et optimiser le secteur et d'autre part, les efforts du Département pour valoriser la qualité de la mise en œuvre des prestations départementales et ajuster le modèle de financement, un nouveau modèle économique de ce secteur en Aveyron pourra progressivement émerger.

Les réflexions sur ce modèle seront poursuivies par le Département et les SAAD dans le cadre de la mise en œuvre du schéma. Elles seront nourries par les réflexions nationales : la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ont mis en place au début de l'année 2018 une réflexion nationale sur l'évolution de la tarification de l'aide à domicile. Les premiers travaux tendent vers la mise en place d'un tarif socle unique pour chacune des prestations et la possibilité de reconnaître certaines missions d'intérêt général pour certains services (en dehors de la tarification horaire) comme par exemple l'intervention en zone isolée, la nuit, la mise en place d'actions de coordination, etc.

Axe 6 : Piloter la mise en œuvre du schéma

Thématique 1 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	
Action n° 1 : Pérenniser les instances de pilotage et élaborer les outils de suivi	
Pilote	Département
Diagnostic / Constats	Un comité de suivi composé de 6 SAAD représentatifs a été mis en place dans le cadre de l'élaboration du présent schéma. Le comité de suivi a assuré la transmission d'informations auprès des autres SAAD du département et a permis une implication des SAAD dans l'élaboration des axes.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre la mise en œuvre du schéma de l'aide à domicile • Assurer la cohérence du schéma avec le schéma Autonomie et avec les autres documents de programmation • Coordonner la mise en œuvre du schéma avec les différents projets existants sur le territoire départemental
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion et la communication de l'état de réalisation du schéma à l'ensemble des SAAD et aux acteurs concernés par les actions • L'évaluation des actions mises en œuvre
Modalités de mise en œuvre de l'action	<p>Réunir le comité de suivi au moins 1 fois par an pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter l'avancée des chantiers en cours (par les pilotes), • Prioriser les actions à mettre en œuvre • Lever les freins à la mise en œuvre du schéma <p>Elaborer et diffuser un compte rendu à l'ensemble des SAAD sur les avancées du schéma Mettre en place un outil global de suivi de la mise en œuvre du schéma (plan d'action)</p>
Programmation	Tout au long du schéma
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion des informations sur la mise en œuvre des actions • Mise à jour régulière du plan d'action • Taux de réalisation annuel



aveyron.fr